

TRAITEMENT
DE LA
CYSTITE TUBERCULEUSE

PAR LA
Cystostomie sus-pubienne

CRÉATION D'UN URÈTHRE CONTRE NATURE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 17 juin 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Benoît OGIER,

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE
Né à Chassieux (Isère), le 29 octobre 1868.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Juin 1892

TRAITEMENT
DE LA
CYSTITE TUBERCULEUSE

PAR LA
Cystostomie sus-pubienne

CRÉATION D'UN URÈTHRE CONTRE NATURE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 17 juin 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Benoît OGIER,

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Né à Chassieux (Isère), le 29 octobre 1868.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

—
Juin 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		X.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER (J.).
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		PONCET.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements POULLET, agrégé
Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT.			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. CHANDELUX, *Assesseur*; MM. SABATIER et JABOULAY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

De toutes les maladies qui frappent la vessie, la tuberculose est la plus rebelle et la plus douloureuse.

Le cancer vésical a peut-être une symptomatologie plus triste encore, mais sa durée est bien moindre; l'intensité des symptômes est tellement prononcée, qu'elle n'est pas compatible avec une longue survie.

La tuberculose, lorsqu'elle envahit la vessie, permet encore aux malheureux de vivre pendant un assez grand nombre d'années. Nous connaissons des malades porteurs de cette affection, qui souffrent depuis cinq, six ans, dix ans même. Notre maître, M. le professeur Poncet, nous disait qu'il avait donné des soins à un homme atteint de tuberculose vésicale depuis dix-huit ans. Il succomba vingt ans après le début des accidents, d'une tuberculose génito-urinaire ascendante.

On connaît la vie pénible, intolérable du pauvre tuberculeux, que le ténesme, que les envies d'uriner se répétant à chaque instant, tourmentent nuit et jour. Réclamant à tout prix un soulagement à ses souffrances épouvantables, il attende parfois à ses jours, ou bien il s'adonne à la morphine et s'injecte des quantités prodigieuses de ce narcotique.

Il nous est encore présent à l'esprit certain malade que nous avons dans une salle de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, quand nous étions interne de M. le Dr Duchamp. Ce malade, atteint de cystite tuberculeuse depuis trois ans environ, nous harcelait à chaque instant de ses supplications, réclamant à genoux et en pleurant une piqûre de morphine que souvent nous lui refusions. Nous lui avons injecté jusqu'à 8 centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour; et nous supposons fort que, bravant la consigne et la défense expresse de se servir de la seringue Pravaz, l'infirmier de la salle, apitoyé sur le sort de son malade, devait le piquer à son tour.

De plus, ce malheureux avait constamment dans son rectum un suppositoire d'opium et de belladone. Malgré ces calmants donnés à d'aussi fortes doses, notre malade souffrait encore.

Malheureusement, les moyens d'action sont encore loin d'être à la hauteur de l'intensité des symptômes.

Depuis déjà longtemps on a reconnu que la mise au repos de la vessie était le seul moyen d'amener la sédation des souffrances. L'ouverture de la vessie est une opération courante. Mais, jusqu'ici, les chirurgiens ne se sont pas préoccupés de laisser la bouche

vésicale toujours ouverte. Les malades, une fois leur fistule fermée, ont recommencé à souffrir au bout d'un certain temps.

Nous avons vu pratiquer à M. le professeur Poncet, dans son service de l'Hôtel-Dieu, une opération nouvelle qui consiste à créer un urèthre contre nature au-dessus du pubis, de façon à supprimer les fonctions du col vésical et de l'urèthre normal. Cette opération, qu'il a appelée *cystostomie sus-pubienne*, et qu'il a appliquée aux prostatiques avant de la pratiquer dans la cystite tuberculeuse, apporte au malade un soulagement considérable qui pourra être durable. On peut, en effet, maintenir aisément, au canal artificiel, un calibre suffisant.

Elle nous a paru digne d'un grand intérêt et nous avons choisi la *cystostomie* pour sujet de notre thèse.

Les observations des malades déjà opérés par M. Poncet ne nous permettent pas de conclure d'une façon définitive; nous dirons plus tard les raisons. Elles engagent cependant à tenter la cystostomie sus-pubienne dans les tuberculoses vésicales à forme grave, alors que, sous la pression du symptôme douleur, se posent l'indication et l'urgence d'une intervention chirurgicale.

Nous voudrions, par ce modeste travail, pouvoir convaincre les chirurgiens de l'utilité de cette intervention.

Nous pensons qu'ils pourront ainsi améliorer le sort de leurs malheureux malades atteints de cystite tuberculeuse.

Voici le plan que nous suivrons dans notre thèse :

1^{er} Chapitre : Considérations sur la tuberculose vésicale chez l'homme, chez la femme, l'enfant. — Symptômes et troubles fonctionnels.

2^e Chapitre : Traitement simple généralement suivi. — Insuffisant.

3^e Chapitre : Traitement chirurgical de la cystite tuberculeuse. — Dilatation du col vésical et cystotomie.

4^e Chapitre : Cystostomie sus-pubienne de M. le professeur Poncet.

Avant d'aborder notre sujet, notre devoir est de remercier notre maître, M. le professeur Poncet, de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant un sujet que nous n'aurions pu traiter sans sa bienveillante direction. Ce sont ses idées que nous développons; son nom reviendra presque à chaque page dans le cours de notre travail.

A la fin de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères remerciements aux maîtres dévoués que nous avons eus dans les hôpitaux.

M. Garand, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, M. Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, ont tout d'abord droit à notre reconnaissance. Nous avons commencé notre thèse alors que nous étions encore l'interne de ce dernier. Nous avons recueilli dans son service une observation intéressante que nous publions.

Bien que nous n'ayons pas été leur interne, MM. Blanc, Chavanis, Cénas et Roussel, chirurgien ou médecins de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, nous permettront bien de mettre leurs noms à cette place. Nous avons eu si souvent l'occasion de faire appel à leur bienveillance ?

Que nos maîtres de Lyon, M. le professeur Gayet, MM. Levrat, Vincent, Aubert, Augagneur, acceptent ce gage de reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont porté pendant notre stage ou nos années d'externat dans les hôpitaux de Lyon.

Nos amis, MM. Cotsos Economos, Éloi Durbeson, internes des hôpitaux de Lyon, anciens internes des hôpitaux de Saint-Étienne, MM. Auguste Roux, François Choupin, internes à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, se sont mis généreusement à notre disposition pour certaines recherches dont nous avons besoin. Nous les remercions bien sincèrement.

TRAITEMENT
DE LA
CYSTITE TUBERCULEUSE

PAR LA
Cystostomie sus-pubienne

CRÉATION D'UN URÈTHRE CONTRE NATURE

CHAPITRE PREMIER

**Considérations sur la tuberculose vésicale chez
l'homme, la femme, l'enfant; symptômes et
troubles fonctionnels.**

La cystite tuberculeuse, affection longue et redoutable, se rencontre assez souvent dans la pratique. Quand on voit un adolescent ou un adulte présenter les symptômes d'une inflammation vésicale, si l'on ne trouve pas de blennorrhagie, si l'exploration ne révèle pas de calcul, s'il n'y a pas eu de cathétérisme, souvent source d'infection, on peut presque sûrement conclure à une cystite tuberculeuse.

Ce sujet, atteint de tuberculose vésicale, pourra être ou un tuberculeux avéré avec des tubercules dans son poumon, ou bien n'avoir comme manifestation du

bacille de Koch que sa cystite. La cystite tuberculeuse se rencontre donc dans deux conditions bien distinctes : tantôt chez un sujet porteur de tubercules dans d'autres organes, tantôt comme localisation première de la diathèse.

La clinique nous apprend que le premier cas est très rare. En effet, nous rencontrons peu de phtisiques avec des accidents du côté de leur vessie, et d'un autre côté peu de tuberculeux vésicaux qui meurent de tuberculisation pulmonaire. Pendant que nous étions interne à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, il existait un service spécial de tuberculeux dans un pavillon isolé des autres bâtiments. Dans ce service, toujours plein de phtisiques avérés, les cas de cystite tuberculeuse étaient très rares.

La maladie dont nous nous occupons constitue donc le plus souvent une véritable entité morbide et non un épiphénomène pathologique.

Cependant, il ne faudrait pas croire que la tuberculose vésicale est chez un individu primitive dans le sens absolu du mot. En consultant les antécédents du malade, héréditaires ou personnels, on trouve le plus souvent quelques manifestations tuberculeuses antérieures. Un malade aura ses parents tuberculeux, morts phtisiques, des frères tuberculeux; un autre aura eu dans son enfance des tuberculoses locales, une affection osseuse, articulaire ou autre. Dans toutes les observations ou à peu près que nous avons analysées, nous rencontrons quelque chose d'analogue.

De plus, dans la majorité des cas, nous trouvons, au moment où les symptômes de la cystite viennent

déceler l'invasion de la tuberculose, des traces de l'infection dans les autres organes de l'appareil urinaire, dans l'épididyme, dans le cordon, dans les vésicules séminales, et surtout dans la prostate. On n'oubliera donc jamais, chez un sujet relativement jeune qui souffre de cystite sans chaudepisse, sans calcul, d'examiner attentivement tout son appareil génito-urinaire. La constatation de noyaux indurés caractéristiques dans la région permettra d'affirmer le diagnostic de tuberculose vésicale.

On peut donc, comme le faisait tout récemment le professeur Duplay dans une de ses cliniques à l'hôpital de la Charité (*Semaine médicale* (18 mai 1892), considérer trois types de tuberculose vésicale. Un premier type, le plus fréquent, est fourni par les malades qui ont simultanément une affection de la vessie et de l'appareil génital; le deuxième par les malades qui ont la tuberculose vésicale isolée; enfin, un troisième dans lequel la tuberculose du poumon est concomitante.

Comme nous le faisons entrevoir au début de ce chapitre, c'est dans l'adolescence, dans l'âge adulte, de 15 à 40 ans, qu'on observe la cystite tuberculeuse. On l'a vue cependant chez l'enfant. Des auteurs, Ammond, West, Foucault en ont publié des exemples; Guyon, dans ses *Leçons cliniques des maladies de la vessie et de la prostate*, dit l'avoir observée à plusieurs reprises chez de très jeunes enfants.

Les vieillards aussi sont rarement atteints. Une cystite chez un homme qui a dépassé la quarantaine a beaucoup de chance pour n'être pas tuberculeuse.

La tuberculose vésicale respecte donc les âges extrêmes de la vie.

Cette influence de l'âge ne peut être contestée. On ne sait rien autre de positif sur le chapitre de l'étiologie.

« L'étiologie de la cystite tuberculeuse, dit Guyon, « se compose à peu près exclusivement de négations ; « mais ces négations ont elles-mêmes la plus grande « importance et méritent toujours d'être prises en « très sérieuse considération pour le diagnostic. »

Ce qui revient à dire qu'une cystite qui survient sans cause étiologique bien nette doit être supposée d'origine bacillaire. De même, une cystite qui se prolonge sans motif, rebelle aux traitements ordinaires.

Souvent, en effet, la cystite tuberculeuse peut avoir pour point de départ une inflammation vésicale commune, l'intoxication par la cantharide, l'invasion du gonocoque. On traite le malade comme le comporte la cause, et l'on s'aperçoit que des semaines, des mois se passent sans que les symptômes aient disparu. Il faut alors supposer qu'un accident aigu a réveillé la diathèse tuberculeuse restée jusqu'ici cachée, et a créé sur l'organe vésical un *locus minoris resistentiæ* tout préparé pour l'envahissement du bacille.

On n'a même quelquefois pas ces inflammations bien nettes comme causes déterminantes. Une fatigue exagérée, un excès alcoolique, de coït, un refroidissement, peuvent devenir des causes prédisposantes et amener l'éclosion de la maladie.

L'homme est plus souvent que la femme atteint de cystite tuberculeuse. La proportion est de $3/2$ d'après Guyon. Est-ce que ce fait tiendrait à ce que la vessie de la femme est moins exposée aux propagations parties des organes génitaux?

Depuis la découverte du bacille de Koch, on a voulu ériger une théorie relative à l'étiologie de la tuberculose. On a parlé de contagion par le coït.

Conheim, le premier, a prétendu qu'un homme ayant des rapports avec une femme atteinte de tuberculose utérine pouvait contracter une tuberculose uréthrale.

Cayla pense qu'un tuberculeux urinaire peut, dans les rapports sexuels, amener des bacilles tuberculeux dans le vagin et l'utérus où ils pourront s'inoculer, vu les conditions assez favorables, chaleur, contact suffisamment prolongé.

Dans l'urèthre de l'homme, au contraire, les conditions sont des plus défavorables : pas de chaleur suffisante, pas de contact prolongé, vu la fréquence des mictions.

Verneuil, dans la suite (thèse du D^r Verchère : *Portes d'entrée de la tuberculose*, Paris, 1884), Fernet, ont appuyé les idées de Conheim.

Le professeur Guyon ne trouve pas les faits invoqués par ces auteurs assez concluants et n'admet pas pour le moment la nouvelle théorie. Et d'abord, en effet, on signale des cas de tuberculose urinaire chez des enfants en très bas âge, des adolescents ou des adultes qui ne se sont jamais livrés au coït.

En second lieu, Guyon n'a connaissance d'aucun

cas positif de tuberculose génito-urinaire communiqué par un époux à l'autre.

Enfin, pourquoi les lésions tuberculeuses sont-elles si rares dans l'urèthre antérieur? Si la cystite tuberculeuse était d'origine vénérienne, elle se comporterait comme la chaudepisse; le mal s'installerait d'abord dans l'urèthre antérieur, monterait progressivement jusqu'au col vésical et dans la vessie.

Reclus rejette aussi l'hypothèse de l'infection tuberculeuse directe par la voie génitale dans une savante revue critique (*Gazette hebdomadaire*, 1884, 28 février, page 34).

M. Cayla prétend que la tuberculose urinaire commence toujours par le rein. Pour lui, le bacille, apporté des glomérules par la circulation, s'est propagé par les uretères à la vessie, à la prostate, aux épидидymes; la tuberculose est donc urinaire avant de devenir génitale.

Pour Conheim, la tuberculose uro-génitale est une maladie d'excrétion. Le bacille pénètre dans l'organisme, est excrété par les reins, comme le sont d'ailleurs la plupart des substances étrangères mises en liberté dans le sang.

Cette théorie est infirmée par les nombreux cas de cystite tuberculeuse sans lésions rénales.

Clado (*Annales génito-urinaires*, 1887, janvier, page 46) montre que le tubercule siège, au moins dans les premiers temps, dans la muqueuse elle-même et non dans la sous-muqueuse.

C'est donc dans la partie la plus vasculaire qu'il siège. Clado pense donc que c'est par la circulation que le bacille envahit la vessie.

Nous pouvons dire plus justement et nous borner à conclure que le bacille de Koch porté dans le torrent circulatoire trouve dans les tissus péricervicaux de la vessie, qui sont si fréquemment le siège de congestions, un terrain favorable à son éclosion.

Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique des lésions vésicales de la tuberculose. Notre étude doit être surtout clinique. Comme sur toutes les muqueuses, on trouve sur la muqueuse vésicale d'abord des granulations grises qui peu à peu deviennent jaunâtres, se ramollissent à leur centre, finissent par s'ouvrir et donnent lieu à des ulcérations. Nous avons eu l'occasion dans une ouverture de la vessie de sentir ces petites granulations tuberculeuses. Elles donnent la sensation au doigt d'une surface grenue. Elles ont ordinairement la grosseur des grains de chenevis ou de semoule.

Les auteurs divisent l'histoire symptomatique de la cystite tuberculeuse en deux périodes principales : première période, de nature congestive ; deuxième période, inflammatoire.

La cystite débute ordinairement par la *fréquence des mictions*, et cette fréquence existe sans que le malade ait une sensation douloureuse pendant l'écoulement de l'urine, sans que l'urine accuse aucun trouble.

Cette fréquence de mictions s'observe la nuit aussi bien que le jour, peut-être même davantage, la chaleur du lit, le décubitus horizontal pouvant augmenter encore l'état congestif.

On peut voir des malades chez lesquels, en dehors de tout autre symptôme, la fréquence des mictions

est à cette époque déjà si considérable que le malade urine toutes les demi-heures, toutes les dix minutes même ; quelquefois, le besoin est si pressant, qu'ils souillent leurs vêtements et n'ont pas le temps de prendre le vase. Il y a de la fausse incontinence.

Comme dans la tuberculose du poumon, on observe assez souvent, tout à fait au début de la tuberculose vésicale, des *hématuries*. Ce signe avant-coureur peut devancer de longtemps les autres manifestations.

Dans une de nos observations (M. Louis, Hôtel-Dieu de Saint-Étienne), le malade, âgé de 32 ans au moment où on lui fait la taille sus-pubienne, a eu à 20 ans des hématuries sans cause appréciable qui durèrent plusieurs semaines.

Fréquence des mictions et hématuries, voilà les deux symptômes les plus communs de la première période.

Rarement, dans la période prémonitoire, on trouve du pus dans les urines ; ce pus doit provenir des lésions rénales existant déjà.

Dans la période confirmée, qui arrive après un temps très variable, apparaît un symptôme terrible, le plus important à envisager, celui contre lequel la thérapeutique est souvent impuissante : la *douleur*. Dans la période prémonitoire, elle existait déjà. Mais elle consistait seulement en quelques sensations plus ou moins fugitives, plus prononcées peut-être à la fin des mictions, mais encore de médiocre importance. Maintenant, elle est constante, insupportable. Cette douleur est surtout intense au moment des mictions, et les mictions, déjà bien fréquentes au

début de l'affection, le sont maintenant dans une proportion extrême, invraisemblable. Le malade voit apparaître le besoin d'uriner quelquefois toutes les cinq minutes, nuit et jour. Il ne trouve plus le repos nécessaire pour prendre ses repas, il est privé de tout sommeil. « Un malade, dit Guyon, qui pour favoriser
« les efforts nécessaires à la miction, s'arcboutait sur
« les mains pendant la nuit, les avait couvertes de
« durillons dus aux pressions répétées qu'elles avaient
« à subir. » Dès le premier jet d'urine, le malade ressent une espèce de déchirement dans son canal, auquel succède, pendant tout le reste de l'évacuation, une sensation de brûlure dans tout l'urèthre. Parfois, cette sensation est plus accusée au niveau du gland. La douleur arrive au paroxysme au moment où la miction arrive à la fin.

Dans l'intervalle des mictions, la douleur se calme, mais il reste presque toujours derrière le pubis une sensation de gêne, de pesanteur ou de brûlure qui s'irradie vers le périnée, l'anus, l'ombilic.

Quelquefois, cette sensation s'accroît dans les mouvements brusques, et l'on prend le malade pour un calculeux.

Dans notre observation II (Br. Jean), le malade fut envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon par un docteur qui crut à de la lithiase urinaire.

Parfois aussi, entre les mictions, la douleur de la cystite tuberculeuse éclate en accès plus ou moins intermittents, comme dans la colique néphrétique, ou prend une forme névralgique et provoque des crises affreuses, accompagnées de cris déchirants.

C'est qu'à la douleur dans la miction s'ajoute souvent un autre symptôme, le spasme urétral, sur lequel Guyon a attiré l'attention. Ce spasme peut devenir quelquefois la cause d'erreurs de diagnostic. On peut avoir de la rétention d'urine complète. Le malade, pressé par le besoin de la miction, ne peut laisser échapper une goutte par son canal. On le sonde : le sphincter urétral est capable de s'opposer absolument au passage des instruments et de faire croire à un rétrécissement. Le ténesme rectal est aussi très accusé et très persistant.

Pendant ce temps, le pus dans les urines est souvent assez abondant. Il se dépose au fond du vase ou sur les parois sous la forme de trainées onduleuses ; c'est au commencement et à la fin de la miction qu'il apparaît. L'expérience des trois verres est démonstrative ; il arrive très souvent que le troisième est celui qui contient la plus grande quantité de pus.

Dans ce pus, on peut trouver des bacilles de Koch. Leur constatation emporte le diagnostic lorsque le clinicien est embarrassé ; mais elle n'est pas nécessaire.

Souvent, en effet, on ne trouve pas de bacilles dans les sédiments de l'urine ; et dans beaucoup de cas un très grand nombre de préparations sont nécessaires pour permettre d'en découvrir quelques-uns. Dans la plupart des observations de cystite tuberculeuse que nous avons parcourues, on a négligé l'examen bactériologique des urines.

Une fois la cystite tuberculeuse établie, que devient le malade ?

La ténacité est très grande, nous l'avons déjà dit. D'ordinaire, la maladie procède par oscillations; des rémissions très longues font croire à une guérison, on les a vues se multiplier, se prolonger très longtemps. Au début de notre thèse, nous avons parlé d'un malade de M. Poncet qui a souffert pendant dix-huit ans.

Jusqu'ici, on peut considérer la tuberculose vésicale comme entraînant fatalement la mort de l'individu qui en est atteint. Ce n'est pas la cystite par elle-même qui amène les terminaisons fatales, mais les lésions arrivées à une période avancée se propagent aux organes voisins; il s'établit des suppurations interminables, surtout du côté de la prostate. Plus souvent encore, le rein est envahi et les accidents de néphrite précipitent le dénouement.

Le traitement de la cystite tuberculeuse est donc un traitement symptomatique.

Dans ce chapitre de notre thèse, nous avons laissé au dernier plan l'anatomie pathologique des lésions tuberculeuses, le diagnostic différentiel de la cystite spécifique, nous avons insisté à dessein sur les symptômes de cette redoutable affection : hématuries, envies fréquentes d'uriner, ténesme, douleurs intolérables dans la miction.

Ce sont ces symptômes que la thérapeutique essaye de combattre.

Nous avons peut-être aussi exagéré l'état de souffrances du tuberculeux vésical. Mais, dans notre thèse, nous aurons toujours en vue les tuberculoses vésicales graves.

C'est contre les grands états douloureux qu'on rencontre dans certaines formes de cette maladie qu'est dirigée l'opération qui fait le sujet de notre travail.

CHAPITRE II

Traitement simple généralement suivi. — Insuffisant.

Dans ce chapitre, nous parlerons du traitemens médical de la cystite tuberculeuse qui, malgré tout les progrès réalisés par la chirurgie, doit tenir encore une place importante.

Et d'abord, on a à combattre le principal symptôme de la cystite, le symptôme douleur, quelquefois tellement intolérable que les malades implorent une opération qu'on leur refuse souvent. Le meilleur moyen est l'injection hypodermique de morphine. Beaucoup de malheureux vésicaux ne trouvent que dans cette médication un peu de soulagement à leurs tortures. Il faut leur faire plusieurs piqûres par jour. L'effet produit est immédiat ; et le malade, une fois qu'il a éprouvé l'action de la mor-

phine, réclame à chaque instant des injections. Beaucoup deviennent morphinomanes et arrivent progressivement à des doses considérables du narcotique : nous avons déjà parlé dans l'avant-propos de notre thèse de cet usage immodéré des injections hypodermiques de morphine.

L'opium est aussi administré par la voie stomacale ; mais son effet est peu appréciable pour le malade, nul quelquefois. Par la voie rectale, on peut être plus heureux ; et des lavements répétés contenant quinze, vingt gouttes de laudanum arrivent à calmer les malades.

On prescrit aussi des suppositoires contenant de l'extrait thébaïque, de la belladone, des cataplasmes sur l'hypogastre, des bains de siège chauds, etc.

Tous ces calmants sont tour à tour employés. Le malade qui souffre a une grande tolérance pour tous les narcotiques, et bien que l'on soit obligé d'en user *largo manu* pour avoir des résultats, il n'y a pas d'intoxication. « La douleur est en quelque sorte le véritable antidote de l'empoisonnement morphinique (1). »

La cocaïne, fort en vogue dans ces derniers temps, a été essayée contre la douleur de la cystite tuberculeuse. Seulement, avec ce calmant on doit agir directement sur le point de départ de la douleur. On en fait des instillations sur le col, ou bien des lavages intra-vésicaux. Ce médicament a été trouvé dangereux par certains expérimentateurs, et l'on a signalé

(1) Thèse d'Hartmann, 1887. *Des cystites douloureuses.*

des cas d'intoxication véritable. Souvent, en effet, il peut se trouver sur la muqueuse vésicale des ulcérations, des pertes de substance, et alors par ces portes ouvertes, il peut y avoir absorption trop grande de poison et empoisonnement.

Mais ce traitement n'est que momentané. Morphine et cocaïne calment pendant quelques heures ; il faut y revenir souvent, et bientôt l'organisme aura acquis une tolérance telle, que des doses même très élevées n'auront plus d'action.

La vessie du tuberculeux est pleine de produits septiques irritants. On a voulu l'en débarrasser, et pour cela on a fait des lavages avec diverses substances. « Ces lavages ont pour but : 1° d'enlever les produits nuisibles comme mucus, pus et sang ; 2° d'agir d'une manière salulaire sur la muqueuse et la musculature de la vessie ; 3° d'agir d'une manière substitutive sur les éléments de la vessie. (Fischer) (1). »

Pour les pratiquer, on introduit une sonde en métal ou une sonde molle, et on injecte une faible quantité de liquide pour ménager la sensibilité extrême de la vessie. Souvent l'introduction de la sonde et la pénétration d'une quantité très minime d'injection produisent une souffrance intolérable. — « Rien n'aggrave la fréquence de la douleur comme la mise en œuvre banale d'introduction de bougies, de cathéters et de lavages. La sensibilité particulière-

(1) Thèse de Greiwer. *Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse*. Paris, 1890.

ment vive de la vessie tuberculeuse rend bientôt l'introduction des liquides impossible et devient l'occasion de l'aggravation des cystites et de l'apparition des néphrites. » (Guyon. *Leçons cliniques*, p. 686.)

Pourtant, lorsque les urines sont très purulentes, les lavages intra-vésicaux peuvent être tentés.

Lorsque ces lavages par les moyens ordinaires deviennent impossibles, on peut essayer d'autres procédés qui ménagent mieux l'irritabilité extrême du muscle vésical.

« Zeissl, de Vienne, Vandernabecl, Duchaussoy, et en dernier lieu Bertholle et Lavaux, imaginèrent des appareils pour injecter du liquide dans la vessie sans sonde et diminuer ainsi la douleur du contact. Ces idées sont fort ingénieuses et ont, paraît-il, donné des succès. La pression exercée par le liquide de ces appareils dépend de la hauteur à laquelle est posé le réservoir. Mallez employait une sorte de siphon semblable à celui de Faucher, qui sert à laver l'estomac et dont la pression changeait avec la hauteur à laquelle était porté l'entonnoir. Lavaux a rendu cette pression stable en fixant le réservoir à une hauteur déterminée.

« Le malade étant couché, on applique un des différents embouts dans le méat, on fait passer le liquide en desserrant le tube en caoutchouc, et on interrompt le courant aussitôt que le malade sent un véritable besoin d'uriner ; autrement on forcerait la vessie à se distendre.

« L'avantage des appareils de Mallez, Bertholle et Lavaux consiste en ce que les malades peuvent eux-

mêmes en faire usage et se laver la vessie tout seuls, sans l'intervention ni du médecin, ni du chirurgien. » (Thèse de Greiwer.)

Les lavages dont nous venons de parler peuvent se faire avec de l'eau rendue aseptique par la chaleur. Mais de pareils lavages ne pourraient avoir qu'une action mécanique; ils entraîneraient au dehors le mucus et le pus qui stagnent dans la vessie, et rien de plus. On a voulu agir directement sur la muqueuse, sur les tubercules par un liquide capable d'une action nocive à l'égard du bacille de Koch.

Le liquide médicamenteux le plus employé est la solution d'acide borique à 40/1000. L'acide borique en solution, antiseptique très faible, peut arrêter la formation du pus : son action dans la vessie est donc plutôt préventive que curative.

L'iodoforme contre la tuberculose intra et extra est depuis longtemps employé. On a essayé des lavages vésicaux avec de l'eau contenant de l'iodoforme. Cette substance n'est pas soluble; il faut l'injecter en suspension dans un liquide à la faveur d'une substance mucilagineuse, telle que la gomme arabique ou la gomme adragante.

L'iodoforme sur la muqueuse vésicale aurait une action antiseptique d'abord; il produirait aussi un effet analgésiant, et enfin il s'opposerait à la fermentation.

M. Chandelux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a imité, en 1887, à l'égard de la vessie tuberculeuse, la manœuvre employée depuis déjà quelques années par les chirurgiens dans les abcès froids.

(Voir *Lyon Médical*, 5 juin 1887. « Notes sur les injections intra-vésicales d'éther iodoformé dans certains cas de cystite rebelle. »)

Il injecte dans la vessie malade une solution d'iodoforme dans l'éther amenée presque à saturation, c'est-à-dire renfermant 13 grammes d'iodoforme pour 100 grammes d'éther. Il rapporte deux observations intéressantes de cystite tuberculeuse chez lesquelles son traitement a eu des résultats inespérés.

Le premier cas concerne une malade de 32 ans, depuis dix-huit mois atteinte d'une cystite tuberculeuse très douloureuse avec hématuries et mictions fréquentes (toutes les demi-heures). M. Chandelux essaya, sans avoir confiance dans l'efficacité de cette manœuvre, des instillations de nitrate d'argent. Il n'obtint qu'une amélioration tout à fait légère. Il injecta ensuite 2 grammes de solution éthérée iodoformée. Pendant deux heures, la malade fut torturée par des souffrances atroces. Le lendemain cependant, les mictions étaient moins fréquentes. Les injections d'éther iodoformé furent renouvelées quatre fois de cinq en cinq jours en augmentant progressivement la dose injectée qui fut de 4 grammes pour la dernière.

Les mictions devinrent de jour en jour moins fréquentes, et ne furent bientôt que de dix par jour. Les hématuries disparurent aussi.

Six mois après l'intervention, la malade allait encore bien.

L'autre observation ressemble beaucoup à la première. Toujours la première injection fut douloureuse,

les suivantes bien moins. Enfin, l'amélioration fut très appréciable.

Chez les deux malades, on put se rendre compte de l'effet produit par l'éther iodoformé. Il y avait une forte distension vésicale perçue à la percussion qui donnait un son tympanique très marqué s'étendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le malade de la deuxième observation s'aperçut que des gaz sortaient par son urèthre au moment des mictions, et l'iodoforme était chassé avec l'urine sous forme de cristaux ou de poudre.

M. Chandelux fit rechercher l'iodoforme dans la salive du malade, on n'en trouva pas de trace. Il explora la vessie du malade avec l'appareil de Thompson et ne trouva pas sur les parois de la vessie trace de concrétion solide pouvant devenir ultérieurement, l'origine de calculs.

Il attribue surtout les résultats obtenus par cette méthode à l'action distensive des vapeurs d'éther sur les parois vésicales.

« Les cystites douloureuses anciennes, dit-il, entraînent très souvent un épaissement considérable des parois vésicales; la vessie revient sur elle-même, se rétracte et sa capacité diminue dans des proportions considérables. Si l'on cherche alors à la distendre par une injection tiède d'acide borique, rapidement des douleurs très vives se manifestent, la vessie se révolte et le liquide est chassé entre la sonde et les parois du canal. En un mot, le réservoir vésical peut avoir perdu l'habitude de se laisser distendre et ne pouvoir subir une extension de ses parois.

En faisant usage des injections d'éther iodoformé, la vessie préalablement vidée par le malade, on voit la distension s'opérer avec une certaine douceur. La réduction de l'éther en vapeur exerce sur les parois une distension modérée, facile à graduer en proportionnant à la susceptibilité vésicale les quantités que l'on injecte. Et lorsque la force expansive des vapeurs d'éther agit trop vivement sur les parois de la vessie, celle-ci, vu la compressibilité du gaz, peut réduire, par ses contractions, les vapeurs d'éther jusqu'à un volume qu'elle supporte facilement. »

M. Chandelux croit que dans son injection le rôle de l'iodoforme est secondaire. Cependant, il se pourrait qu'il eût, par sa présence, une action calmante contre les douleurs de la distension.

La méthode de M. Chandelux peut être tentée.

Le grand inconvénient qu'elle a est de produire des douleurs terribles au moment de l'introduction de l'éther iodoformé. Dans la tuberculose vésicale ulcérée, de plus, la distension exagérée de la vessie par des gaz tels que ceux de l'éther paraît un peu dangereuse.

Mais on passerait sur ces dangers, si ce traitement pouvait assurer le calme au malade pendant longtemps. Nous pensons qu'au bout de quelques mois ses douleurs doivent revenir comme auparavant, et qu'il faudrait alors répéter souvent l'intervention pour lui permettre de terminer sans trop de souffrances la vie que les lésions tuberculeuses vont lui accorder. Avec M. Poncet, nous considérons la vessie d'un tuberculeux comme un *noli me tangere*. Nous

pensons que le meilleur pour cet organe est sa mise au repos complet par son ouverture, la création d'un urèthre permanent par la cystostomie sus-pubienne.

En 1889, le Dr Jefsner a employé des injections intra-vésicales de sublimé. La même année, on essaya à l'hôpital Necker des lavages avec la solution à 1/1000.

Ces lavages sont excessivement douloureux. Ils offrent les dangers des lavages iodoformés et ne paraissent pas avoir leurs avantages.

Nous ne parlerons pas longuement des instillations de nitrate d'argent dans la cystite tuberculeuse. En 1881, Guyon proposa de traiter les cystites douloureuses par les instillations de solution de nitrate d'argent à 1/50, 1/20 et même 1/10, mais il s'aperçut vite qu'elles n'étaient pas du tout indiquées dans la cystite tuberculeuse.

Si tous les cystiques supportent bien les instillations, la cystite tuberculeuse fait exception (Guyon).

Les instillations argentiques sont ici dangereuses, car elles peuvent produire une ulcération au niveau du tubercule et faire prématurément entrer la maladie dans la période d'état.

On a aussi essayé des instillations d'acide lactique, mais sans succès (thèse de Greiwer.)

Au point de vue du traitement médical de la tuberculose vésicale comme pour beaucoup d'autres tuberculoses viscérales, le traitement général est le traitement de choix (Poncet).

• En principe, il faut même être sobre de cathété-

rismes, malgré toutes les précautions antiseptiques, qui font souvent entrer de nouveaux ennemis dans la place ; il faut être également très réservé dans les lavages antiseptiques de la vessie qui, par l'irritation qu'ils déterminent, loin d'améliorer les symptômes, ne font parfois que les exacerber.

Il faut, comme nous le disait M. Poncet, tâter la vessie et savoir la laisser en repos si les manœuvres dont nous venons de parler sont mal supportées. Dans le cas d'urine très purulente, les lavages intra-vésicaux peuvent être indiqués, mais chez cette catégorie de malades, il ne faut pas oublier que les sondages, que les injections intra-vésicales constituent une arme à double tranchant.

M. le professeur Duplay (clinique de la Charité, *Semaine médicale*, 18 mai 1892). s'exprime ainsi à ce sujet :

« La thérapeutique de la tuberculose de la vessie est presque nulle. Je ne crois guère à l'efficacité des révulsifs appliqués sur la région hypogastrique. Les injections, les instillations de nitrate d'argent, de sublimé, d'iodoforme, toutes les interventions ayant pour but de modifier l'état de la muqueuse vésicale donnent de mauvais résultats. Je les proscriis complètement. »

Le traitement médical de la cystite tuberculeuse devra donc surtout s'adresser à l'état général. A ce point de vue, considérant la tuberculose comme une maladie contagieuse, avec un agent spécial, le bacille de Koch, on a fait et l'on fait absorber au malade des médicaments spécifiques capables d'agir sur le bacille.

Le plus employé est l'iodoforme, dont nous avons vu déjà l'emploi en injections dans la vessie. Des médecins l'administrent par la voie buccale, jusqu'à la dose de 40 centigrammes par jour, avec l'intention de saturer l'organisme presque jusqu'aux symptômes dits toxiques.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord pour accorder à l'iodoforme une action spécifique antibacillaire.

Dans les *Leçons cliniques* de Guyon, nous lisons :

« Les médicaments sur lesquels on croit pouvoir compter m'ont paru sans action. Il en a été particulièrement ainsi de l'iodoforme pris à l'intérieur. Rien de plus simple que de s'assurer de son élimination par les urines. J'ai pu, en portant les doses jusqu'à 40 centigrammes par jour, conduire certains malades à une véritable saturation. Aucun symptôme ne s'est modifié, et leurs urines, examinées par M. de Gennes qui m'a prêté le concours le plus utile, n'ont cessé de contenir des bacilles en assez grande quantité. »

Avec l'iodoforme vient la créosote. Bien souvent on associe les deux substances dans le traitement de la diathèse.

La créosote peut s'éliminer par les muqueuses et en partie par les reins; elle peut donc agir favorablement sur toute la muqueuse urinaire comme un antiseptique tel que l'acide phénique, sur lequel elle a l'avantage de ne pas être aussi toxique.

Greiwer, dans sa thèse, conseille le traitement par la créosote et l'iodoforme et dit avoir constaté avec ces substances de vrais soulagements. Nous citerons les conclusions de son travail :

1° Les tuberculeux vésicaux doivent être soumis à des soins médicaux qui donnent toujours des résultats satisfaisants. *L'iodoforme et la créosote* occuperont la première place.

2° Agir sur la maladie locale avec beaucoup de circonspection, et ne pas abuser des lavages vésicaux, s'abstenir, s'il est nécessaire de la sonde.

3° S'abstenir d'instillations et de toutes préparations argentiques.

4° Le traitement chirurgical peut donner de bons résultats quand l'affection n'est que purement vésicale; mais alors opérer aussi radicalement que possible.

5° Un rein suspect contre-indique tout traitement chirurgical curatif.

6° Avant d'opérer, *saturer l'organisme d'iodoforme* et faire suivre un régime tonique et reconstituant.

7° La taille hypogastrique est celle qui convient le mieux, associée au grattage et à la cautérisation profonde au fer rouge.

Gaucher, ayant remarqué que l'administration de l'acide borique soulageait des vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate avec cystite et des phtisiques, conseille cet antiseptique dans la cystite tuberculeuse.

Il s'élimine par les urines et pourrait peut-être éviter les injections intra-vésicales qu'on fait avec cette substance.

Mais il faudrait l'employer à haute dose, et dans ce cas, il pourrait être pour le rein une cause d'irritation capable de précipiter l'évolution de la néphrite

ascendante, si fréquente dans les tuberculoses de la vessie.

Avec M. Guyon, avec M. Poncet, nous donnerons la préférence aux médicaments qui agissent indirectement sur la diathèse en augmentant les forces de résistance de l'économie, et en particulier en activant la nutrition.

Frictions, bains sulfureux, bains salins, séjour à la campagne, aux bords de la mer, séjour dans le Midi, préparations arsenicales, huile de foie de morue, lait, quinquina, etc., etc.

Nous ne proscrirons pas la créosote, l'iodoforme, qui peuvent rendre des services.

Une bonne hygiène, les toniques ont une influence favorable en retardant l'explosion de la diathèse tuberculeuse à laquelle, tôt ou tard, le malade finit par succomber.

Dans la cystite tuberculeuse, il ne faut pas parler de guérison, il faut se contenter de quelques succès temporaires.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical de la cystite tuberculeuse. — Dilatation du col vésical et cystotomie.

Nous venons de voir que le traitement simple de la cystite tuberculeuse ne donne à peu près pas de résultats, tout au plus quelques améliorations temporaires.

Depuis déjà longtemps, la chirurgie a tenté de lutter contre les symptômes terribles de cette affection, sur lesquels nous nous sommes étendu assez longuement dans les chapitres précédents : cystalgie, envies fréquentes d'uriner, hématuries.

Un élève distingué de M. le professeur Guyon, M. Hartmann, a dans une thèse remarquable (*Des cystites douloureuses et de leur traitement*, Paris, 1887) passé en revue les différents traitements chirurgicaux des cystites chroniques. Il rapporte cent

quatre-vingt-huit observations publiées dans les divers recueils et en donne vingt-six inédites. Parmi ces observations, nous en trouvons plusieurs de cystite tuberculeuse.

Chacune des méthodes de traitement indiquées et décrites par l'auteur a été appliquée à des tubercules vésicales. Nous ferons de fréquents emprunts à son travail, et comme lui nous parlerons :

1° Du traitement chez la femme de la cystite tuberculeuse par la dilatation du col vésical;

2° Du traitement chez l'homme par la dilatation du col;

3° Du traitement chez la femme par l'établissement d'une fistule vésico-vaginale;

4° Du traitement chez l'homme par la cystotomie.

§ I. — TRAITEMENT CHEZ LA FEMME DE LA CYSTITE TUBERCULEUSE PAR LA DILATATION DU COL VÉSICAL.

Le traitement de la cystite chez la femme par la dilatation du col peut se pratiquer soit avec le dilateur à mandrins de Guyon, soit avec le dilateur de Dolbeau, soit avec le dilateur-gouttière de Tripier.

Les chirurgiens ont rejeté la dilatation lente avec la laminaire ou l'éponge préparée pour employer la dilatation rapide sous le chloroforme. Ils portent la dilatation jusqu'à ce que l'urèthre admette l'index ; ils introduisent le doigt et vont explorer la cavité vésicale. La dilatation une fois faite, une sonde à demeure est placée et laissée plusieurs jours.

M. le professeur Poncet pratique très simplement cette opération. Il introduit une pince hémostatique à bords mousses dans le col vésical et l'ouvre en écartant progressivement les anneaux. Il répète deux ou trois fois la dilatation, introduit d'abord le petit doigt, puis l'index, qu'il fait pénétrer jusque dans la vessie. Pour lui, la dilatation ne doit jamais être brutale. C'est dans ces cas que l'on produit des effractions, des déchirures qui peuvent être envahies par la tuberculose et dans la suite aggraver encore l'état douloureux de la malade. La dilatation doit être *rapidement progressive*, comparable comme manœuvre par exemple à la dilatation de l'urèthre chez l'homme avec les cathéters Beniqué, à la dilatation du col de l'utérus chez la femme avec les sondes d'Hégar.

Nous ne nous appesantirons pas sur l'étude du mécanisme par lequel cette dilatation peut amener une sédation des douleurs. On a voulu voir une analogie entre le sphincter vésical et le sphincter anal, et l'on a supposé qu'il devait exister au niveau du col de la vessie quelques fissures déterminant par voie réflexe des contractures douloureuses.

M. le Dr Hartmann, dans sa thèse, n'admet pas un pareil mécanisme.

Et d'abord, on n'a jamais rencontré des fissures que lorsque la dilatation brusque avait été pratiquée ; la dilatation les avait probablement déterminées.

Pour lui, il n'existe guère de rapports « entre ces « deux orifices, entre le col de la vessie très régulier « et l'orifice anal avec ses plis rayonnés nombreux ; « entre le sphincter vésical, muscle lisse à couches

« concentriques, n'offrant normalement, pour ainsi
« dire, pas de résistance à la boule de l'explorateur
« qui, dans la traversée uréthrale, n'est serrée qu'au
« passage de la région membraneuse, et le sphincter
« de l'anús, muscle strié, épais et résistant, serrant
« fortement le doigt (1) ».

Il croit plutôt que la dilatation forcée agit en faisant reposer la vessie.

« La miction, dit-il, résulte de l'inégalité de force
« qui existe à un moment donné entre le muscle vésical qui pousse l'urine et le col qui résiste. Qu'on
« diminue la résistance en rompant partiellement les
« fibres musculaires du col, une contraction très minime du corps de la vessie suffira pour chasser
« l'urine au dehors. Ce qui nous semble le prouver,
« c'est un fait que nous avons pu observer sur plusieurs de nos malades. Aussitôt que le sphincter
« vésical reprenait ses fonctions, les douleurs réappa-
« raissaient, et elles augmentaient de jour en jour
« à mesure que le sphincter vésical se réparait. (2). »

Pour M. Poncet, la dilatation du col vésical chez la femme peut avoir, dès les premières heures, les premiers jours qui suivent l'opération, un effet comparable à celui obtenu par la dilatation de la fissure anale; mais le véritable mécanisme de la disparition des douleurs doit être mis sur le compte du repos de la vessie, alors que par le col forcé et par l'urèthre l'urine s'écoule incessamment.

(1) Thèse d'HARTMANN, p. 54.

(2) HARTMANN. *Loc. cit.*

Les observations publiées de cystite tuberculeuse chez la femme, traitée par la dilatation du col vésical, sont peu nombreuses. Il est vrai que, le diagnostic de cystite tuberculeuse laissant souvent des doutes, les auteurs ont pu mettre sous la simple dénomination de cystite douloureuse chronique, de vessie véritable, des tuberculoses vésicales.

Par ce mode de traitement, les résultats obtenus sont loin d'être satisfaisants dans les cystites en général sans distinction.

Dans tous les cas de cystite tuberculeuse ou à peu près, la dilatation du col n'a rien donné à la malade. Les symptômes (douleur, hématuries, envies fréquentes d'uriner, ont même quelquefois augmenté d'intensité avec l'intervention.

La dilatation, en effet, ne peut avoir qu'un effet absolument temporaire, l'urèthre reprenant plus ou moins rapidement en totalité ou en partie ses fonctions; et le spasme de la vessie ne nous paraît point aussi efficacement combattu par la dilatation, même répétée, que par la taille vésicale.

Dans le tableau des 46 cas de dilatation du col vésical chez la femme, pour cystite douloureuse, qui se trouve dans la thèse de M. Hartmann, nous recueillons les trois observations suivantes de cystite tuberculeuse :

OBSERVATION I (de Demarquay).

Publiée par Saint-Ange, dans la Société anatomique, 1876, IV^e série, tome I, page 99.

Cystite tuberculeuse à forme névralgique.

On pratique la dilatation forcée.

Exacerbation des symptômes.

OBSERVATION II (de Verneuil).

Tuberculose rénale. — Crises vésicales. — Néphrectomie. — Dilatation urétrale. — Cessation des douleurs.

Publiée par Le Dentu : « Technique de la néphrectomie ». In *Rev. de chirurgie*, février 1886, tome VI, page 122.

G. A..., 38 ans, entre le 19 octobre 1885 à l'hôpital de la Pitié.

Bonne santé antérieure. Quatre enfants. Elle vient pour crises douloureuses et envies fréquentes d'uriner, le tout depuis dix-huit mois. Depuis quinze jours surtout, elle n'urine qu'au prix de violents efforts.

Depuis peu, hématurie peu abondante à la fin des mictions. Rien de génital. Constipation habituelle.

A la palpation, on perçoit une douleur au-dessus de la crête iliaque gauche.

31 octobre. — Les crises se rapprochent et s'exagèrent.

Par la palpation attentive, on sent une tumeur dans le flanc gauche, allant de la crête iliaque à la douzième côte. La chloroformisation favorise l'exploration. Alors, Verneuil fait une série de transfixions ignées sur la masse sacro-lombaire (10-12). Le soir, température = 38°5.

9 novembre. — Aucune modification. Urines en quantité normale. Au fond du vase, couche épaisse de pus. Amaigrissement. Anorexie. Épuisement. Légère hyperthermie vespérale.

Rien aux poumons.

La malade accepte la néphrectomie.

14 novembre. — Néphrectomie par Verneuil et Le Dentu.

Le soir, à 10 heures et demie, température = 39°8.

15 novembre. — Malade pâle et irritable. Douleurs au col vésical en urinant. Sonde à demeure. Quelques douleurs dans les lombes du côté droit. Lait et bouillon. Soif vive.

Lavage vésical boriqué. Pus.

16 novembre. — Cathétérisme douloureux.

20 novembre. — Les douleurs cervicales arrachent des cris à la malade et s'irradient dans les jambes.

Anesthésie au chloroforme. Verneuil fait la dilatation du col vésical.

Le soir, douleurs violentes, injections de morphine dans la nuit, hémorrhagie par l'urèthre assez abondante qui s'arrête spontanément.

Le lendemain, les crises vésicales ont disparu, les mictions sont moins fréquentes.

Bon état général. La plaie rénale va bien. L'urine est limpide depuis la dilatation.

25 décembre. — Malade ne souffre plus.

Le rein a été examiné par Cornil. Pyélonéphrite tuberculeuse (bacilles) avec destruction complète des pyramides: Liquide purulent et caséux.

OBSERVATION III.

Cystite douloureuse intense, de nature tuberculeuse. — Lésions rénales à gauche (?). — Insuccès de la dilatation du col vésical.

(Thèse d'Hartmann, page 116.)

Femme de 24 ans, entre dans le service de M. Duplay, à Lariboisière, le 15 avril 1886.

Antécédents tuberculeux.

Hématuries précoces. Mictions douloureuses, surtout à l'époque des règles.

En 1884, elle est obligée de cesser tout travail.

Amélioration passagère par le repos et le traitement interne.

En octobre 1884, se croyant guérie, la malade se marie; mais les coïts sont très douloureux et doivent être bientôt suspendus.

Après quinze jours de mariage, douleurs excessives.

Amélioration encore par le repos.

A son entrée à l'hôpital, mictions fréquentes, douloureuses, pendant et après.

28 avril. — Anesthésie. M. Félizet commence la dilatation du col vésical avec le spéculum à fistule de Nicaise, puis le dilatateur de Dolbeau au maximum. On entend plusieurs craquements. Le petit doigt introduit dans la vessie ne rencontre rien, la surface en paraît lisse.

Deux heures et demie après, miction douloureuse à la fin, suivie d'un écoulement de sang. Néanmoins, l'urine que l'on retire par le cathétérisme est claire.

2 mai. — Vive cuisson au moment du passage de l'urine, mais la douleur disparaît aussitôt après. De midi à minuit, environ quarante essais d'uriner. La malade a pris de la graine de lin, du chiendent et du bicarbonate de soude.

Dans la suite, la malade a des hématuries fréquentes; les mictions sont continuelles et très douloureuses. On calme la malade avec des injections de morphine.

Le 21 juillet, les douleurs restant toujours très vives et n'étant apaisées qu'incomplètement par les injections de morphine, M. Brun pratique la kolpocystotomie.

Cette opération soulage la malade.

M. Poncet a pratiqué la dilatation brusquement progressive du col dans trois cas de cystite tuberculeuse chez la femme avec épreintes, ténesme vésical, envies incessantes d'uriner; il n'a obtenu par la dilatation, qui supprimait en quelque sorte le col vésical et, qu'on nous permette l'expression, qui transformait la vessie en un réservoir avec un robinet toujours ouvert, qu'une amélioration passagère qui tendait à disparaître du jour où l'urèthre reprenait ses propriétés et où l'écoulement de l'urine n'était plus constant.

Dans la cystite tuberculeuse, la dilatation du col vésical chez la femme est donc d'une efficacité douteuse.

§ II. — DILATATION DU COL VÉSICAL CHEZ L'HOMME

On a aussi chez l'homme, malgré la facilité moins grande que chez la femme, essayé la dilatation brusque du sphincter vésical.

Pour cela, on peut se servir du dilatateur de Tillaux, qu'on introduit par l'urèthre comme un cathéter vulgaire. Par un mécanisme spécial, la portion de la tige métallique qui correspond au col de la vessie, une fois l'introduction opérée, peut augmenter de volume et agir sur les fibres musculaires du col.

Mais on pratique cette dilatation bien plus facilement en passant le doigt à travers une boutonnière pratiquée à l'urèthre membraneux.

L'uréthrotomie externe est une opération aujourd'hui courante, et c'est à ce procédé opératoire que l'on a recours quand il s'agit de pratiquer la dilatation forcée du col vésical chez l'homme.

C'est Thompson qui a vulgarisé l'opération de la boutonnière uréthrale. Une fois la dilatation opérée avec le doigt, une sonde à demeure est placée et laissée dans la vessie pendant quelques jours.

Cette dilatation chez l'homme paraît avoir donné quelques bons résultats entre les mains des chirurgiens. Nous devons faire immédiatement remarquer, avec M. Hartmann, que les résultats consécutifs ont été d'autant meilleurs que le drainage de l'organe avec la sonde a été prolongé plus longtemps. Si la vessie arrive à bien supporter la présence de la sonde,

il y a grand avantage à la faire garder au malade le plus longtemps possible.

M. Vincent, qui a préconisé la dilatation du sphincter vésical à travers une boutonnière périnéale pour combattre le spasme douloureux (thèse de Boymond, 1882, Lyon) dit attacher beaucoup d'importance à la longue durée de la fistule périnéale, c'est-à-dire au temps pendant lequel la vessie est maintenue au repos (thèse d'Hartmann).

M. Poncet ne méconnaît pas certains avantages de la dilatation du col vésical chez l'homme par la voie périnéale. Mais il reproche à cette opération d'exiger une sonde à demeure, et, comme on l'a vu d'après l'opinion des chirurgiens qui ont pratiqué cette intervention chirurgicale, le résultat sera d'autant meilleur que la sonde aura été plus longtemps laissée en place.

Or, qui dit sonde à demeure dans une vessie déjà irritable, dit instrument de douleur et de misère ; et dans les cas par hasard où la sonde serait bien supportée, elle n'en constitue pas moins un corps étranger intra-vésical, offrant de réels dangers par suite de l'infection nouvelle à laquelle elle expose. Si elle sert de conducteur à l'urine, elle remplit malheureusement non moins bien le même rôle pour des germes venus du dehors, et l'on sait quel excellent bouillon de culture constituent une urine altérée, purulente, et une muqueuse déjà enflammée, offrant par ses ulcérations une porte d'entrée tout ouverte à des accidents septiques.

Pour M. Poncet, nous le répétons, une vessie tuberculeuse est avant tout, au point de vue de son traitement, un *noli me tangere*, qu'il faut, une fois pour toutes, condamner au repos, sans lui faire subir le contact permanent de corps étranger, et sans l'exposer à des irritations nouvelles par d'autres manœuvres, telles que des changements de sonde, ou parfois aussi des lavages, des injections intra-vésicales.

Le soulagement procuré au malade par cette opération est le fait de l'incontinence que crée la dilatation. Mais le plus ordinairement, cette incontinence, si l'on ne maintient pas la sonde à demeure, n'est que passagère, en raison même de la disposition anatomique du sphincter vésico-prostatique. Ici, bien plus que chez la femme, les conditions d'un écoulement constant de l'urine sont difficilement réalisées.

D'autre part, les lésions tuberculeuses de la prostate sont loin d'être rares ; d'après le dépouillement des observations que nous avons parcourues, elles seraient à peu près constantes dans la tuberculose vésicale. Nous les trouvons dans la proportion de neuf sur dix. Dans les nombreuses observations réunies par Guebhard, toujours les tubercules de la muqueuse vésicale s'accompagnent de lésions de même nature dans la glande prostatique.

Il est bien démontré actuellement que les tubercules se développent parfois dans les tuniques vésicales sans propagation ni contamination directe. La tuberculose peut y rester quelque temps cantonnée. Mais au moment où les symptômes de la cystite tuberculeuse (douleur, hématuries, envies fréquentes d'uri-

ner, etc.) forcent la main à l'opérateur, la prostate est déjà infiltrée par des noyaux spécifiques.

Ces tuberculomes prostatiques peuvent devenir un obstacle à l'incontinence par l'hypertrophie de l'organe dans lequel ils siègent, par la déformation du canal à ce niveau. C'est là encore une raison pour rejeter la voie périnéale, alors que la dilatation avec la sonde à demeure peut encore avoir pour danger de traumatiser la prostate déjà malade.

Les nombreuses observations que nous avons analysées de dilatation du col dans la cystite tuberculeuse nous renseignent mal, d'autre part, sur la valeur thérapeutique de cette opération. Dans le plus grand nombre, en effet, il est noté qu'après cette intervention les douleurs ont disparu. Mais là malheureusement se bornent les renseignements. Que s'est-il passé après quelques semaines, après quelques mois? Nous l'ignorons, et cependant c'est cette histoire complémentaire qu'il nous importerait de connaître.

Nous donnons ci-après le résumé des quatre observations de dilatation du sphincter vésical chez l'homme pour cystite tuberculeuse, qui se trouvent dans la thèse d'Hartmann.

OBSERVATION I.

Cystite tuberculeuse douloureuse. — Dilatation périnéale. — Drainage pendant six jours. — Cessation des douleurs. — Mort de lésions tuberculeuses trois mois et demi après l'opération.

(Observation XVI de la thèse d'Hartmann).

Le 10 décembre 1884, le malade, âgé de 34 ans, est opéré par M. Guyon, qui fait une boutonnière uréthrale et dilate avec son instrument le col vésical.

Rien dans la vessie. Sonde périnéale à demeure.

16 décembre. — On enlève la sonde périnéale et l'on met par la verge une sonde à demeure.

17 décembre. — Ablation de la sonde qui gêne le malade. Depuis l'opération, le malade n'a plus souffert et le sang a disparu de l'urine.

1^{er} janvier 1885. — La vessie continue à aller bien, mictions toutes les deux heures, indolentes. L'urine coule partiellement par la fistule. Mais le malade se plaint de douleurs lombaires.

23 janvier. — L'urine cesse de couler par la plaie périnéale, qui s'est cicatrisée.

30 janvier. — Depuis quelques jours l'urine est un peu teintée de sang. Hier après midi, deux heures après avoir uriné, il a ressenti des douleurs, qu'il compare à des brûlures, au-dessus de l'aîne gauche, a uriné et la miction a été suivie de l'émission d'une petite quantité de sang accompagnée de douleurs vives. Les symptômes ne se sont pas reproduits les jours suivants.

23 février. — Douleurs lombaires gauches plus considérables encore, revenant à intervalles variés, sans rapport avec la miction. Abscess du rein gauche. Ponction avec l'aspirateur Potain, évacuation de 300 grammes de pus.

11 mars. — Ce matin pendant la miction, un peu d'urine a passé par le périnée.

15 mars. — Il coule toujours par la fistule une grande quantité d'urine au moment des mictions, un peu filtre même dans leur intervalle.

26 mars. — Mort.

OBSERVATION II.

Cystite tuberculeuse douloureuse. — Dilatation périnéale. — Insuccès.
(Observation XVII de la thèse d'Hartmann).

Malade de 46 ans.

Dilatation périnéale, le 29 avril 1885, par Guyon.

A la suite de l'opération, le malade ne paraît pas soulagé, il n'y a pas de fièvre.

2 mai. — Le malade accuse moins d'envies fréquentes d'uriner et moins de douleurs depuis l'opération, il urine quelquefois par la vessie; il sent le besoin d'uriner, est resté une fois une heure sans uriner, urine deux à trois cuillerées à la fois.

4 mai. — Journée tranquille. L'appétit est revenu, les douleurs sont moins vives, le malade urine par le périnée.

6 mai. — La nuit a été mauvaise, le malade dit souffrir autant qu'avant l'opération, cependant il n'a plus d'envies d'uriner.

7 mai. — Le malade a uriné une fois de plus par la verge; sans douleur. Constipation depuis deux jours; bon appétit, pas de fièvre.

8 mai. — A uriné assez bien par la verge; constipation, rhubarbe. Peu de douleurs vésicales.

9 mai. — N'a pas uriné par la plaie périnéale, toute l'urine s'est écoulée par la verge au dire du malade. Dix mictions dans la journée, un peu de sang.

11 mai. — Une miction toutes les heures, il ne s'écoule plus d'urine par la plaie périnéale, amélioration.

12 mai. — La nuit a été assez mauvaise.

13 mai. — N'a pas émis d'urine par le périnée depuis trois ou quatre jours. Cette nuit les mictions ont été douloureuses et plus fréquentes.

14 mai. — Même état. Mictions très fréquentes et douloureuses, surtout la nuit. Il ne s'écoule pas d'urine par le périnée.

16 mai. — Hier, quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Nuit un peu meilleure.

17 mai. — Nuit mauvaise. Tuméfaction douloureuse du périnée. Cataplasme.

18 mai. — Un peu d'infiltration d'urine dans le périnée. Mictions fréquentes et douloureuses, urines légèrement troubles, quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

20 mai. — Toujours mêmes douleurs, pas de sommeil la nuit. Mictions toutes les heures. Le malade est toujours mieux le matin et dans la journée. La petite boule d'induration périnéale a diminué, la plaie périnéale est fermée.

22 mai. — Nuit meilleure. Deux mictions seulement depuis minuit.

23 mai. — Le malade se plaint moins depuis deux jours.
Le malade sort le 24 mai 1885, sur sa demande.

OBSERVATION III.

*Cystite douloureuse de nature tuberculeuse. — Dilatation périnéale. —
Drainage pendant six jours. — Amélioration.*

(Observation XVIII de la thèse d'Hartmann).

Malade de 40 ans.

Le 23 juillet 1885, dilatation périnéale par Guyon.

Amélioration immédiate.

Changement de la sonde qui ne fonctionne pas régulièrement. Le malade se plaint de fréquentes envies d'uriner, moins fréquentes qu'autrefois cependant, mais prétend souffrir encore plus qu'avant l'opération.

28 juillet. — La sonde a assez bien fonctionné et le malade a peu souffert.

29 juillet. — Ablation de la sonde, le malade est dans un état satisfaisant toute la journée, l'urine s'écoule par la plaie sans douleur.

Jusqu'au 15 août, état assez satisfaisant. Ce jour-là, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV.

*Cystite tuberculeuse douloureuse. — Dilatation périnéale. — Cessation
des douleurs. — Mort par suite de l'évolution de la tuberculose.*

(Observation XIX de la thèse d'Hartmann).

Malade de 40 ans.

Opéré par le Dr Thiele, de Valparaiso. Soulagement immédiat.

Il succombe douze jours après l'intervention.

Greiwer, dans sa thèse, rapporte, à côté des quatre observations d'Hartmann, trois autres cas de cystite tuberculeuse traitée par la dilatation périnéale.

I. — OBSERVATION DE VERNEUIL.

*Cystite tuberculeuse. — Dilatation périnéale. — Aucune amélioration.
— Mort huit mois après de tuberculose rénale.*

II. — WATSON (*Boston M. T. S. Journ.*, 1888).

Cystite tuberculeuse. — Dilatation périnéale. — Grande amélioration pendant trois mois. — Mort par tuberculose généralisée.

III. — ZIELEWIEZ (*Arch. f. klin. Chirurgie*, 1888).

*Cystite tuberculeuse. — Grand soulagement. — Mort d'urémie. —
Tuberculose du rein droit.*

§ III. — DE LA KOLPOCYSTOTOMIE

C'est une idée qui paraît toute rationnelle de dériver le cours normal de l'urine lorsque, la vessie se contractant douloureusement, la miction devient insupportable au malade. La kolpocystotomie est la création chez la femme d'une fistule vésico-vaginale. Le but visé est la mise au repos de la vessie.

M. Hartmann, dans sa thèse, a bien montré que le drainage vésical par ouverture de la vessie est le traitement par excellence de la cystite avec douleurs intolérables, envies fréquentes d'uriner, hématuries. Ce drainage produit son effet en assurant le repos du muscle de la vessie; car il n'y a pas de contraction

isolée du col comme on l'a cru longtemps, tout l'appareil vésical entre en fonction. Il y a une colique vésicale, dit Hartmann, absolument comparable à la colique intestinale hépatique, utérine.

Dans le cas de cystite, « par suite de sensibilité
« exagérée par l'inflammation, le muscle vésical se
« laisse très peu distendre; la vessie est pleine dès
« qu'une petite quantité d'urine y est accumulée, et
« elle se contracte, d'où fréquence des mictions.

« Le drainage alors, cela se comprend, est parfaitement indiqué. Le tube évacuera l'urine à mesure
« qu'elle arrivera des uretères. Plus de distension de
« la vessie: le muscle vésical n'étant plus soumis à
« son excitation habituelle, ses fibres cesseront de
« se contracter; et comme c'était l'état de contraction qui était douloureux, il n'y aura plus de douleur. Pas de *distension*, pas de *contraction*, pas de
« douleur (1). »

Pour expliquer la disparition des hématuries, cet auteur se reporte à la thèse de Tuffier (*Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires*, thèse de Paris, 1885), qui a démontré que les hémorrhagies vésicales sont le plus souvent d'origine congestive.

Dans le cas de cystite douloureuse, la congestion dépend en grande partie de l'afflux sanguin que déterminent les contractions répétées; si l'évacuation continue de la vessie est assurée, il n'y a plus de contraction, et par suite plus d'hématurie.

(1) Henri HARTMANN. *Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1887.

L'ouverture de la vessie, la cystotomie, pour cystite rebelle et douloureuse, a été pratiquée anciennement. C'est, dit-on, François Collot qui, vers la fin du XVII^e siècle, draina le premier une vessie pour une inflammation chronique de cet organe. Dans la suite, il arriva à beaucoup de chirurgiens d'ouvrir des vessies pour rechercher une pierre chez des malades qui avaient tous les symptômes de la cystite, et de ne pas trouver de calcul. Comme le malade se trouvait ainsi soulagé par le seul fait de la cystotomie, on arriva à agir de propos délibéré, d'une façon systématique, par l'intervention opératoire. Dans ces dernières années, le traitement de la cystite douloureuse chronique par l'ouverture de la vessie est entré dans la pratique courante, et on l'a appliqué à la cystite tuberculeuse.

Chez la femme, on pratique ordinairement la kolpocystotomie; on incise la vessie en passant par la cloison vésico-vaginale. Les premières observations d'une pareille opération qui ont été publiées appartiennent à Emmet. Les chirurgiens américains, après lui, ont souvent eu recours à ce mode de traitement, et obtiennent, paraît-il, des résultats très encourageants. Les statistiques de Emmet, de Montrose-Pallen (1), sont des plus satisfaisantes, peut-être un peu au-dessus de la vérité.

La kolpocystotomie paraît être une opération de choix de par les rapports immédiatement contigus du bas-fond vésical avec la paroi antérieure du vagin.

(1) Voir thèse Hartmann. *Loc. cit.*

L'opération, en effet, est d'une simplicité extrême. Il s'agit, somme toute, d'un simple coup de bistouri un peu profond donné sur la ligne médiane, en arrière du col vésical et traversant la double paroi, pour avoir exécuté la kolpocystotomie qui laissera, suivant certains perfectionnements de la technique opératoire, une ouverture plus ou moins permanente.

L'opération est encore simplifiée par l'introduction d'un cathéter dans la vessie, dont la rainure sert de conducteur à la pointe de l'instrument tranchant. Elle n'expose dans son exécution à aucun accident, si ce n'est à la blessure possible des uretères. Mais, en se tenant exactement sur la ligne médiane, on est cependant sûr de ne pas les intéresser.

Enfin, cette opération remplit très nettement l'indication qui est d'assurer l'écoulement incessant de l'urine, par son siège sur le bas-fond vésical. Mais elle est, dans l'avenir, justiciable de quelques objections. L'urine s'écoule constamment et, en supposant que la vessie soit devenue tolérante, tout au moins pour une certaine quantité de liquide, la malade ne saurait bénéficier à un moment quelconque de l'irritabilité moindre de sa vessie. D'autre part, l'urine altérée provoque des inflammations des tissus voisins, de la muqueuse des grandes lèvres, de la vulve, de la partie supérieure des cuisses.

Mais la principale objection à la kolpocystotomie nous paraît être la difficulté de maintenir à la fistule vésico-vaginale des dimensions convenables. Pour ce faire, on a proposé divers moyens, dont le meilleur serait la mise à demeure d'un drain traversant le col

et l'orifice vésico-vaginal de nouvelle formation. Ce drain en anse serait maintenu pendant le temps nécessaire à la réunion des bords de la muqueuse vésicale avec ceux du vagin, réunion devant s'opposer à la fermeture de la fistule.

Malheureusement, malgré ces divers artifices opératoires, l'ouverture tend constamment à se rétrécir et à se fermer. Il ne faut pas oublier que les conditions sont tout autres que dans une fistule vésico-vaginale pathologique. Car si dans cette dernière la plaie existante n'a aucune tendance à se cicatriser et si le chirurgien est souvent dans la nécessité de combiner des efforts persévérants et répétés pour en amener l'occlusion, elle le doit à la perte de substance plus ou moins étendue de la paroi vaginale antérieure et de la paroi vésicale postérieure, qui a créé une communication contre nature. Il en est tout autrement dans la kolpocystotomie où l'on crée simplement une solution de continuité.

Enfin, dans cette opération, l'examen de la cavité vésicale, les manœuvres qui peuvent être nécessaires sont beaucoup moins facilement exécutées que dans l'ouverture de la paroi antérieure de la vessie.

Pour ces diverses raisons, M. Poncet préfère, chez la femme, la taille sus-pubienne à la kolpocystotomie.

Pendant notre internat à Saint-Étienne, nous avons vu également notre maître, M. Duchamp, pratiquer chez des femmes la taille hypogastrique plutôt que la taille vaginale.

Dans la thèse de M. Hartmann, nous trouvons

deux observations de kolpocystotomie pour cystite tuberculeuse. On verra en les parcourant combien il a été difficile de maintenir le calibre de la fistule vésico-vaginale, dont le fonctionnement régulier est le *sine qua non* de la cessation des douleurs.

Dans la première (observation V de la thèse), nous retrouvons la malade dont nous avons déjà parlé au paragraphe de la dilatation du col vésical. Cette dernière opération, comme nous l'avons dit, n'avait été suivie d'aucune amélioration.

OBSERVATION I.

Devant la vivacité des douleurs qui ne sont qu'incomplètement apaisées par les injections de morphine, M. Brun fait sur la cloison vésico-vaginale une incision de 2 centimètres et demi environ. Un drain est placé par cet orifice dans la vessie et fixé au levier de la plaie avec un fil d'argent (21 juillet). La journée est très agitée. La malade se plaint de douleurs abdominales. 0,04 centigrammes de morphine sont successivement injectés pendant la journée.

22 juillet. — Urines sanglantes.

23 juillet. — Mieux sensible.

24 et 25 juillet. — Reprise des douleurs avec mictions volontaires aussi fréquentes qu'avant l'opération. Sensation de brûlure au passage de l'urine. Il est évident que le drain ne fonctionne pas.

26 juillet. — Le tube tombe spontanément avec le fil d'argent qui le fixait aux lèvres de la plaie. L'orifice de la fistule est en grande partie bouché par une hernie de la muqueuse vésicale.

3 août. — La malade continuant à souffrir et à avoir des mictions, M. Brun agrandit la fistule avec le thermo-cautère en prolongeant l'incision en arrière. Un drain en anse est placé par l'urèthre.

5 août. — Hémorrhagie assez abondante qu'on arrête par des injections vaginales froides, des injections sous-cutanées d'ergotine. La veille, il y avait eu déjà une hémorrhagie, mais peu abondante, survenue à la suite d'efforts de miction.

6 août. — On enlève le drain dont se plaint la malade.

8 août. — La malade a encore des douleurs et par moments des envies d'uriner. On place une sonde rouge molle, n° 18 dans la fistule; de l'urine retenue coule encore au dehors. Les douleurs disparaissent immédiatement et ne se reproduisent pas du reste de la journée. Les jours suivants, la malade ne souffre plus; l'urine s'écoule librement à l'extérieur et elle commence à se lever.

14 août. — Depuis deux jours, quelques légères douleurs reparaissent et la malade a de temps en temps des envies d'uriner. La faisant mettre en travers du lit et abaissant la paroi postérieure du vagin avec une valve de Sims, nous constatons que l'orifice est très rétréci; nous ne pouvons y introduire l'extrémité du petit doigt qu'avec difficulté et en causant à la malade une douleur assez vive. Immédiatement après s'écoule sous nos yeux, par la fistule, quelques cuillerées d'urine mêlée de flocons fibrineux.

Actuellement, la malade, repartie dans son pays, ne souffre plus et garde sa fistule remédiant à l'écoulement incessant d'urine par le port d'un urinal.

OBSERVATION II.

Cystite tuberculeuse douloureuse. — Lésion rénale. — Établissement d'une fistule vésico-vaginale. — Cessation des douleurs.

(Observation IX de la thèse d'Hartmann.)

Femme de 33 ans. Service de M. Duplay suppléé par M. Brun, à l'hôpital Lariboisière.

29 septembre 1886. — Kolpocystotomie par M. Brun. L'incision est faite au bistouri. Pour éviter la rétraction de l'orifice, M. Brun cherche à attirer la muqueuse vésicale pour en border l'incision; mais sa friabilité est telle qu'elle se déchire sous la traction de la pince et qu'on ne peut en suturer qu'une petite étendue.

A la suite de l'opération, cessation des douleurs; les urines s'éclaircissent un peu. Pas de traitement local consécutif.

Deux mois après l'opération, dans les premiers jours de décembre, la fistule s'étant rétrécie, a cessé de bien fonctionner, et la malade a été reprise d'envies d'uriner moins fréquentes qu'auparavant, mais encore douloureuses. Elle, qui ne pouvait rester ni assise ni couchée, ni surtout debout, par suite des douleurs qu'elle éprouvait, se trouve maintenant beaucoup mieux et dort, ce qui ne lui arrivait jamais avant l'opération.

Janvier 1887. — Légère amélioration par des lavages boricés, puis nitrés, faits d'une façon irrégulière.

§ IV. — TAILLE CHEZ L'HOMME.

C'est aussi par la constatation de guérisons ou d'améliorations survenues après des ouvertures de la vessie faites pour rechercher des calculs que les chirurgiens ont été conduits à pratiquer systématiquement chez l'homme la taille pour cystite.

Les deux modes opératoires employés sont la taille sus-pubienne et l'incision périnéale. De part et d'autre, on arrive au même résultat : assurer le repos de la vessie et amener par là, comme nous le disions tout à l'heure à propos de la kolpocystotomie, la disparition des douleurs occasionnées par la contraction de l'organe malade.

Thompson préconise la taille périnéale et n'emploie la taille hypogastrique que lorsque la prostate par son volume exagéré l'empêche d'opérer une exploration sérieuse de la vessie.

Le professeur Guyon et l'école française préfèrent la taille hypogastrique.

Pour les tuberculeux de la vessie, ce maître prétend « qu'ils se trouveront toujours bien de fuir les chirurgiens et de se confier aux médecins ». Mais il n'est pas hostile à l'intervention dans certains cas.

Dans ses *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate*, 1888, il s'exprime ainsi :

« Il ne me paraît pas impossible de prétendre à
« une action plus complète sur la cystite tuber-
« culeuse, et deux fois déjà j'ai tenté la cure radicale
« de la tuberculose vésicale. Il est peu probable que
« je multiplie beaucoup ces tentatives, non qu'elles
« ne soient rationnelles, mais parce qu'il est fort
« difficile d'en trouver l'indication précise. Pour es-
« pérer détruire sur place les éléments tuberculeux
« qui ont pris domicile dans la vessie et qui d'ailleurs
« ne pénètrent pas profondément ses parois, du
« moins dans une longue période de leur évolution,
« il faudrait qu'à côté de ces conditions favorables se
« rencontrât la localisation parfaite à la vessie elle-
« même; or, presque toujours chez l'homme l'ap-
« pareil génital est atteint; les épидidymes, la pros-
« tate, les vésicules sont envahis. »

Cependant, dans plusieurs cas, l'aggravation des symptômes, surtout du symptôme douleur, a poussé Guyon à intervenir; et l'opération quelquefois s'est trouvée non seulement calmer les souffrances du malade, mais a paru enrayer la marche de la maladie.

Guyon pense que la taille hypogastrique peut seule permettre d'agir sur la lésion tuberculeuse. Il faut pour lui racler soigneusement la muqueuse vésicale, puis la cautériser au fer rouge.

Voici comment M. Hartmann décrit dans sa thèse le procédé employé par son maître :

« Dans ses tailles hypogastriques pour la cystite
« douloureuse, M. Guyon a coutume de fixer la
« vessie aux téguments. Se servant de fils anté-
« rieurement passés à travers les lèvres de la plaie
« vésicale, il charge un de leurs bouts dans le chas
« d'une aiguille de Reverdin qu'il a introduite de
« dehors en dedans à travers la lèvre correspondante
« de la plaie abdominale et ramène ainsi une extré-
« mité du fil à l'extérieur. L'autre extrémité sortant
« par la plaie abdominale est nouée avec elle. La
« même manœuvre est répétée du côté opposé. La
« plaie vésicale se trouve ainsi non pas adossée, mais
« un peu soulevée et maintenue au voisinage de la
« peau. Cela a deux avantages :

« 1° Retarder un peu la cicatrisation, ce qui est
« important, afin de supprimer plus longtemps la
« fonction vésicale, grâce au maintien de la fistule
« hypogastrique ;

« 2° Empêcher la vessie, petite et contractile, de
« fuir dans la profondeur derrière le pubis et pré-
« venir ainsi l'infiltration d'urine. »

Comme M. Guyon, M. Poncet dans la cystite tuberculeuse donne la préférence à la voie hypogastrique. Nous nous sommes déjà expliqué à cet endroit. Nous avons montré les difficultés plus grandes des opérations pratiquées sur le périnée, l'inconstance de la dilatation et la nécessité de laisser une sonde à demeure, cette dernière pratique exposant à des dangers d'infection.

Notre maître ne pense pas, avec Guyon, qu'il faille intervenir directement sur les lésions tuberculeuses.

Jusqu'à présent, en effet, le traitement direct de la tuberculose vésicale (cautérisation, grattage des fongosités, des ulcérations), n'a pas donné de résultats véritablement encourageants. On comprend du reste qu'il en soit ainsi, en tenant compte du siège des lésions, de leur étendue, de la difficulté toujours réelle d'arriver aisément jusqu'à elles et de les détruire en totalité. En outre, les réinoculations doivent se faire très facilement, de par la destruction la plupart du temps incomplète des foyers pathologiques, et aussi par des produits tuberculeux provenant soit des uretères, soit des reins, qui sont d'après nos relevés atteints de tuberculose concomitante dans la proportion de six sur dix.

M. Poncet cherche à assurer le repos de la vessie, absolu et constant, et rien de plus.

Par ce repos, par le non-fonctionnement complet de l'urèthre normal, les symptômes sur lesquels nous sommes revenu si souvent dans le cours de cette thèse : cystalgie, envies fréquentes d'uriner, hématurie, peuvent disparaître.

L'ouverture de la vessie doit être tentée, alors même que la fin du malheureux tuberculeux est assez rapprochée.

Puisqu'elle a toujours comme résultat une amélioration dans ses souffrances, on n'a pas le droit de lui en refuser le bénéfice.

« On peut, on doit même, dit M. Edmond Blanc
« dans la *Gazette médicale* de Paris, 28 juillet 1888,

« procurer aux malheureux vésicaux, avec le soula-
« gement de leur douleur, l'illusion d'une guérison
« complète, quand déjà les lésions viscérales avancées
« font prévoir la fin prochaine. *C'est une opération*
« *palliative et morale à la fois* ».

CHAPITRE IV

De la cystostomie sus-pubienne.

Après ces considérations sur les différents procédés opératoires employés pour lutter contre les symptômes de la cystite tuberculeuse, nous avons à parler du nouveau traitement proposé par M. le professeur Poncet, qu'il a déjà employé dans son service de l'Hôtel-Dieu : la *cystostomie sus-pubienne*.

L'opération que M. Poncet a désignée sous le nom de cystostomie est la taille sus-pubienne avec suture des bords de la vessie et des lèvres de la plaie abdominale. Il se propose par là, non seulement d'avoir un méat hypogastrique durable, mais un canal artificiel capable de jouer le rôle d'un urèthre contre nature, c'est-à-dire de laisser plus ou moins, à volonté, l'urine s'écouler au dehors.

M. Poncet a créé cet urèthre contre nature, pour

la première fois au mois d'avril 1888, sur un vieillard qu'on lui apporta à l'Hôtel-Dieu atteint de rétention complète d'urine. Depuis, il a eu souvent l'occasion de répéter cette opération chez les prostatiques.

Dernièrement, un illustre malade, M. Diday, subissait la cystostomie pour rétention d'urine, et se louait du changement apporté dans son appareil urinaire. Dans une thèse récente (1), un de nos amis, M. le D^r Bonan, élève de M. le professeur Poncet, rapporte d'intéressantes observations de prostatiques chez lesquels la cystostomie a été pratiquée et a donné les meilleurs résultats.

M. Poncet a appliqué ce mode de traitement à la cystite tuberculeuse. Chez les tuberculeux comme chez les vieillards atteints d'accidents urinaires d'origine prostatique, en effet, on ne songera qu'exceptionnellement à créer une soupape de sûreté passagère. Nous voulons dire par là que les opérés doivent conserver l'ouverture qui a été pratiquée avec des dimensions convenables pour rendre la miction artificielle facile. Si on laisse en effet le nouveau canal, qui est dans des conditions à peu près semblables à celui qu'on se propose de créer chez les prostatiques, se rétrécir, et parfois même se cicatriser, les douleurs, la cystalgie se reproduisent. On serait alors dans la nécessité d'agrandir le méat hypogastrique et son conduit, il faudrait en outre lui redonner un calibre convenable.

(1) *De la création d'un urèthre contre nature chez les prostatiques.*
— *Cystotomie sus-pubienne.* (Opération de Poncet, Mac Guire,
— S. BONAN. Thèse de Lyon, juin 1892.)

Nous pensons que dans le cas où la cystostomie sus-pubienne est indiquée, il s'agit d'une tuberculose vésicale grave, et notre opération, qui a essentiellement en vue le soulagement du malade, doit assurer la fonction par un conduit définitif et non temporaire.

Les sutures méthodiquement faites des bords de la paroi abdominale ont d'ailleurs un avantage immédiat, qui est de mettre à l'abri de l'infiltration d'urine qu'on doit d'autant plus redouter que les urines sont infectées.

Il faut donc, comme chez les prostatiques, chercher à créer un urèthre contre nature qui permette au malade de garder son urine pendant un certain temps et d'uriner à volonté, soit avec une sonde introduite dans le nouveau canal, ce qui est préférable, soit en écartant les lèvres de la plaie.

La rétention d'urine pendant un temps plus ou moins long est chez les tuberculeux dans de moins bonnes conditions que chez les prostatiques en raison des lésions de la vessie, d'où son irritabilité plus grande et son moins de tolérance.

Le canal uréthral de nouvelle formation doit être maintenu dans les dimensions d'une sonde n° 16 à 18 de la filière Charrière. On aura donc soin de le dilater de temps à autre, en passant deux ou trois fois par jour une sonde, un cathéter métallique qui en vidant la vessie et en permettant des lavages antiseptiques si le besoin s'en faisait obsolument sentir, auront encore l'avantage de conserver au canal un calibre suffisant. Nous ne nous dissimulons pas que les con-

ditions locales sont moins bonnes chez les tuberculeux que chez les prostatiques; mais l'incontinence d'urine, dût-elle être permanente, nous n'hésitons cependant pas à préférer le sort d'un tuberculeux porteur de cette infirmité à celui atteint de cystalgie, d'hématurie, et chez lequel des douleurs vives continues constituent une indication de premier ordre pour l'opération.

Une question peut se poser?

La cystostomie sus-pubienne mérite-t-elle d'être considérée comme une opération curative?

Nos observations ne nous permettent pas de le croire, les malades qui avaient été opérés depuis un certain temps, et que nous avons recherchés, sont morts quelques mois ou quelques années après la taille vésicale. Il est probable que des lésions ascendantes sont survenues, ou qu'elles ont continué leur marche, sans parler d'une généralisation tuberculeuse toujours possible chez de tels sujets.

Il nous semble cependant que l'on pourrait assimiler l'ouverture de la vessie à l'ouverture du péritoine dans la péritonite tuberculeuse, par exemple, quelle que soit du reste l'explication pathogénique que l'on puisse donner du mode d'action de la laparotomie. Il n'en est pas moins vrai que 60 fois sur 100 (thèse de Pic, Lyon), les malades ont été améliorés ou guéris.

Semblable phénomène pourrait se produire pour la vessie, mais, dans l'appréciation complexe des faits, il faut grandement tenir compte de la forme de tuberculose, de l'ancienneté des lésions, et aussi du milieu

social auquel appartient le tuberculeux. Tous nos opérés étaient de pauvres gens qui, de retour chez eux, ont dû se retrouver dans les mêmes conditions de misère physiologique, et qui étaient plus ou moins dans l'impossibilité de prendre les soins locaux qu'exigeait l'opération pratiquée.

Nous allons décrire le procédé opératoire de la cystostomie sus-pubienne tel que nous l'avons vu pratiquer par M. Poncet. Nous parlerons du nouvel urèthre contre nature, de son fonctionnement ; enfin, nous donnerons quelques observations inédites de cystite tuberculeuse dans lesquelles l'ouverture de la vessie a été pratiquée.

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE OU ÉPICYSTOSTOMIE.

A quelque chose près, le manuel opératoire est le même que chez les prostatiques. Il est décrit avec tous ses détails dans la thèse de notre ami Bonan, et bien souvent nous ne ferons que répéter ce qui a été écrit par lui.

Avant de porter le bistouri sur le malade, il faut pratiquer la désinfection du champ opératoire avec le plus grand soin.

La veille de l'opération, le pubis est savonné, rasé avec soin, lavé avec la solution sublimé à 1/1000, chaude à 40°, enfin, complètement aseptisé par un dernier lavage avec l'alcool ou l'éther. On administre un grand lavement avec de l'eau bouillie tiède pour évacuer le rectum.

Position du malade. — M. le professeur Poncet recommande pour la cystostomie la position déclive du tronc telle qu'on peut la réaliser, soit avec un gros coussin suffisamment long et large placé au-dessous du siège et dans la région lombo-sacrée, soit mieux encore avec le dossier d'une grande chaise ou une planche fortement inclinée sur laquelle sera maintenu le malade.

A l'Hôtel-Dieu M. Poncet préfère utiliser le lit de Trendelenburg.

Ce lit, non seulement peut tourner en tous sens, s'élever ou s'abaisser à volonté, mais il permet précisément, le malade étant solidement fixé, d'imprimer au tronc l'inclinaison nécessaire.

Nous renvoyons à la thèse de M. Bonan et à la thèse de M. Humbert (*De la cure radicale des hernies inguino-scrotales volumineuses*, Lyon, 1891) pour la description de ce lit que M. Poncet considère comme le meilleur lit opératoire pour les interventions chirurgicales sur le tronc, et dont il se sert souvent dans sa salle d'opération.

On recouvre le malade de jambières en caoutchouc et de toiles aseptiques pour l'empêcher de se refroidir et d'être souillé par les liquides, et on l'anesthésie à l'éther. A Lyon, l'anesthésie avec l'éther est restée l'anesthésie de choix.

Le voisinage du champ opératoire, suivant la pratique de M. Poncet, est recouvert de serviettes chaudes stérilisées qui exercent une asepsie parfaite et ne permettent pas aux instruments et aux doigts des aides de se souiller.

Position du chirurgien. — Le chirurgien se place en dehors et à gauche du malade comme pour le cathétérisme.

Position des aides. — Un aide se place à droite en face du chirurgien pour faire l'hémostase de la plaie. Un deuxième aide, placé également du côté droit, sera chargé des ligatures et du passage des fils à suture.

Avant d'inciser la vessie, on produit sa distension progressive à l'aide d'une injection préalable de 250 à 300 grammes de solution boricuée bouillie à 40/1000. Pour empêcher l'eau de sortir, on prend la précaution usuelle d'entourer le pénis avec un lien en caoutchouc modérément serré.

Quelquefois la vessie très irritable est revenue sur elle-même, et il est impossible de la distendre par une injection. L'opération est un peu plus compliquée. Nous verrons plus loin comment on remédie à cet inconvénient quand nous parlerons de l'incision de la paroi vésicale.

M. Poncet rejette systématiquement l'emploi du ballon de Petersen qui doit distendre le rectum et refouler la vessie en avant. Il lui reproche d'être dangereux, d'amener des éraillures de la muqueuse du rectum et même de produire des déchirures complètes, ainsi que des observations en ont été publiées. Il a eu l'occasion d'observer semblable accident chez un malade opéré pour une tumeur de la vessie.

Nous ajouterons, d'autre part, suivant la remarque de M. Poncet, que par suite de la position déclive du malade et grâce à certains perfectionnements de la

technique opératoire, on peut arriver aisément sur la paroi antérieure de la vessie et ménager complètement l'enveloppe péritonéale.

Opération proprement dite. — Il n'est pas toujours facile, en raison de l'épaississement considérable du tissu cellulo-adipeux sous-cutané au niveau du pubis, de reconnaître ce dernier avec le doigt. Quelquefois, c'est seulement après l'incision de la peau et de la courbe graisseuse sous-cutanée qu'il est possible de l'apercevoir nettement.

Un aide, muni d'un petit crochet, érigne le fond de la cicatrice ombilicale et l'attire vers le haut. La ligne blanche ombilico-pubienne devient ainsi, sinon apparente du moins plus tendue, et l'instrument tranchant a moins de tendance à s'égarer à droite ou à gauche dans les aponévroses des droits.

Dès lors, l'opération comprend quatre temps consécutifs :

1^{er} TEMPS : *Incision cutanée.* — Elle se fait suivant la direction de la ligne blanche, commence au bord supérieur du pubis et mesure 6 à 8 centimètres dans le sens vertical.

2^e TEMPS : *Incision de la ligne blanche.* — On pourra lui donner la même longueur qu'à l'incision cutanée. Mais, dans le but de ménager plus sûrement le cul-de-sac péritonéal, il sera préférable de s'arrêter en haut à quelques millimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de cette dernière.

3^e TEMPS : *Recherche de la paroi antérieure de la vessie.* — La ligne blanche incisée, avec l'extrémité de chaque index faisant l'office de crochets, M. Poncet pénètre dans le tissu cellulaire prévésical à travers la boutonnière, plus ou moins résistante suivant les sujets, constituée par les bords internes des droits antérieurs.

Si la vessie est trop profondément située, si la paroi antérieure ne paraît pas en contact immédiat avec la paroi abdominale, si surtout les muscles voisins forment une boutonnière étroite à travers laquelle on a quelque difficulté à manœuvrer, M. Poncet, avec un bistouri boutonné, incise chaque droit antérieur au ras du pubis, au niveau de son insertion. Les incisions libératrices sont, suivant les circonstances, plus ou moins étendues; quelques millimètres (2 à 3), suffiront ordinairement à donner un jour considérable permettant de manœuvrer à l'aise sur la face antérieure de la vessie.

Nous avons vu que la vessie, quelquefois très irritable, est revenue sur elle-même sans qu'on puisse la distendre par une injection de 250 à 300 grammes de liquide. Alors, si pendant l'opération, arrivé sur la paroi antérieure on éprouve, de par son siège dans la profondeur de l'excavation, de par sa forme globuleuse, des difficultés pour la reconnaître et l'inciser, M. Poncet conseille de se guider sur une sonde ou sur un cathéter métallique introduit dans la vessie et dont la pointe soulèvera la paroi antérieure.

4^e TEMPS : *Refoulement du cul-de-sac péritonéal.* —
Fixation de la paroi antérieure de la vessie avec les

bords de la plaie.— *Ouverture de cet organe.*— Avant d'inciser la vessie, il faut mettre à l'abri du bistouri le cul-de-sac péritonéal qui, suivant les sujets, descend plus ou moins bas. Pour ce faire, la vessie ayant été reconnue avec l'œil et le doigt, le chirurgien plaçant l'index de la main gauche immédiatement au-dessus du pubis, remonte ainsi le long de la face antérieure de la vessie, entraînant par en haut, jusqu'aux limites de l'incision cutanée, une certaine quantité de tissu cellulaire plus ou moins chargé de graisse, et enfin le péritoine qu'il importe particulièrement de ne pas blesser.

On peut maintenant, si la paroi vésicale présente une certaine épaisseur, pratiquer une cystopexie; cette opération offre l'avantage de mettre le tissu cellulaire prévésical et les bords profonds de la plaie à l'abri de tout contact avec l'urine. Mais bien souvent cette cystopexie présente des inconvénients en raison même de l'impossibilité de placer des fils dans la paroi vésicale, très amincie, très friable, sans qu'ils pénètrent dans la vessie et sans qu'ils livrent passage à une plus ou moins grande quantité du liquide contenu dans l'intérieur. Ce liquide, qui est de l'acide borique mélangé à de l'urine plus ou moins infectée, quelquefois purulente, vient couvrir et souiller le champ opératoire, rendant le passage des autres fils plus difficile.

Le plus ordinairement, on ouvrira d'abord la vessie et l'on suturera ensuite.

L'index gauche restant en place, refoulant le cul-de-sac péritonéal, avec un bistouri à lame étroite on

ponctionne sur la ligne médiane en un point aussi rapproché que possible du sommet de la vessie. Cette situation de l'incision à distance du col et au voisinage du sommet a son importance; elle permet de fixer plus facilement la vessie, qui est immobile dans cette région, et assure un meilleur fonctionnement de l'urèthre contre nature.

Cette ponction se fera sur la paroi vésicale soulevée par la pointe d'un cathéter introduit par l'urèthre, si la vessie est difficile à atteindre et peut fuir sous le bistouri : nous l'avons dit plus haut.

Comme chez les prostatiques, l'incision que pratique M. Poncet est de 8 à 12 millimètres environ, elle doit permettre l'introduction dans l'ouverture de l'extrémité de l'index qui sert de conducteur pour placer dans chaque bord vésical droit et gauche un fil destiné à servir de tracteur, à soulever et à amener facilement au jour les bords vésicaux.

Une fois la vessie débarrassée de son contenu, on fait la toilette de la plaie. On lave immédiatement avec une solution boriquée bouillie à 40/1000, irriguant l'intérieur de la cavité vésicale avec ce même liquide.

Lorsque la plaie hypogastrique est ainsi désinfectée, on en fait l'assèchement pendant quelques instants avec des tampons de gaze iodoformée et on assure l'hémostase.

A ce moment, sans trop insister, on peut avec l'index pénétrer dans l'intérieur de la vessie, explorer les parois qui sont la plupart du temps recouvertes de petites granulations tuberculeuses.

5^e TEMPS : *Suture des bords de la bouche vésicale aux bords de la plaie abdominale.* — M. Poncet se sert pour pratiquer la suture de fils métalliques plutôt que de fils de soie ou de catgut; ces derniers ont l'inconvénient de se gonfler et surtout, en leur qualité de tissu poreux, de s'infecter, devenant ainsi des foyers septiques permanents.

Au moyen d'une longue aiguille résistante, dont la concavité est à peu près celle d'un demi-cercle, on traverse avec ces fils de part en part la paroi vésicale, à 3 ou 4 millimètres des bords de l'incision; on les mène ensuite à travers l'aponévrose, le bord interne de chaque droit antérieur, enfin le tissu cellulaire sous-cutané et la peau, pour sortir à 5 ou 6 millimètres des bords de la section cutanée. Avant de les serrer, on attendra qu'ils soient tous placés.

Bien souvent, on tombera sur des parois vésicales molles, friables, et l'on aura des déchirures par les fils des bords de la vessie: ce qui rendra l'opération plus longue et plus ennuyeuse.

Le nombre des sutures sera ordinairement de six ou huit.

Pour que les bords de l'orifice cutané répondent à ceux de l'ouverture vésicale, on pourra rétrécir la plaie hypogastrique en haut ou en bas par quelques petits points de suture.

Enfin, on serrera modérément les fils; on aura soin d'abord de faire un affrontement exact de la peau avec la muqueuse vésicale, en évitant par quelques points de suture complémentaires, s'il y a lieu, avec des fils plus fins, les hernies de petits lobules adipeux

sous-cutanés qui tendent à se produire entre les premiers fils trop distants les uns des autres.

Telle est l'opération. Elle est en somme assez facile, demande peu de temps.

Dix à douze minutes suffisent souvent pour la pratiquer. Comme toutes les opérations chirurgicales, la cystostomie doit être menée rapidement. La rapidité de l'exécution, ainsi que le fait fréquemment remarquer M. Poncet, est en chirurgie une des premières conditions du succès.

Malgré toutes les précautions dictées par la méthode antiseptique, plus l'acte opératoire est long, plus l'infection a de chance de se produire.

Nous n'avons pas parlé de l'hémostase jusqu'ici. Nous ne croyons pas qu'on puisse avoir dans la cystostomie une hémorrhagie présentant un degré quelconque de gravité.

Si la congestion intense de la muqueuse vésicale peut quelquefois être la cause d'un écoulement sanguin en nappe un peu abondant, et nous savons que dans les tuberculoses vésicales il y a souvent congestion, l'hémostase sera réalisée à l'aide de pinces hémostatiques placées sur les bords; les fils d'ailleurs, soulevant les bords de l'incision et les fixant à ceux de la plaie abdominale, exerceraient une compression suffisante pour empêcher le sang de couler abondamment.

Une question se pose maintenant :

Faut-il après l'épicystostomie, dans la cystite tuberculeuse, pratiquer des lavages antiseptiques? Nous avons déjà dit que dans les tuberculoses vésicales, il

faut être très réservé dans les lavages vésicaux ; par l'irritation qu'ils déterminent, loin d'améliorer les symptômes, ils ne font parfois que les exacerber.

Un lavage antiseptique après l'opération pourra donc être plus nuisible qu'utile à l'opéré.

Ce n'est que dans le cas d'urine très purulente qu'il faudra intervenir par une injection de 1 litre environ de solution boriquée à 40/1000.

Lorsque l'urine est peu altérée, le meilleur est de s'abstenir.

Le pansement de l'ouverture hypogastrique se fait d'une façon fort simple. On se contentera de placer sur la plaie quelques lanières de gaze iodoformée qui ne doivent pas pénétrer dans l'orifice vésical, pour ne pas s'opposer à l'écoulement de l'urine. Un gâteau de coton boriqué, qui sera changé toutes les deux ou trois heures, est simplement appliqué à plat sur l'orifice vésical.

Nous avons déjà dit, à propos de l'ouverture de la vessie par la voie périnéale, que le contact de la sonde dans la vessie offre de grands inconvénients pour le malade, elle est une cause d'irritation pour l'organe déjà bien irritable. M. Poncet, après la cystostomie sus-pubienne, recommande beaucoup de ne placer aucune sonde, aucun drain dans l'orifice. En effet, par suite de l'écoulement incessant de l'urine, la cavité de la vessie tend à devenir virtuelle. Dès lors, toute sonde introduite dans le réservoir, quelles que soient sa longueur et sa grosseur, sera toujours plus ou moins en contact avec la muqueuse et jouera, à son égard, le rôle de corps étranger irritant. Comme

nous le disions encore plus haut, la sonde peut servir de voie à l'absorption des germes septiques.

Chez les cystostomisés prostatiques ou tuberculeux, le *meilleur pansement est l'absence de pansement*. Il faut considérer le cystostomisé comme un *noli me tangere*, comme un malade auquel il ne faut plus toucher, du moins pendant quelques jours. Il faut abandonner les choses à elles-mêmes, ne plus se préoccuper bien entendu de l'urèthre naturel, qui est laissé au repos complet. Les pièces à pansement dont nous parlions tout à l'heure, qu'on place sur l'orifice vésical après l'intervention, n'ont pas d'autre but que de mettre le champ opératoire à l'abri de toute souillure, de l'urine principalement. Que les pièces à pansement, gaze iodoformée ou tampon de coton, viennent à obturer la plaie et compromettre la nouvelle fonction, le malade est prévenu de cette occlusion par la réapparition des douleurs et ses envies fréquentes d'uriner; il faudra donc les enlever.

L'urine donc peut s'écouler librement au dehors. La pression des anses intestinales tend à refouler les parois de la vessie; lorsque une certaine quantité d'urine vient au contact du col, elle provoque des envies d'uriner et la vessie se contracte, chassant facilement l'urine par le nouveau méat toujours entr'ouvert.

L'urine ne stagne donc plus dans le réservoir. La vessie n'est plus qu'une partie dilatée de l'uretère. Elle est dans le repos le plus complet.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF. — MAINTIEN, FONCTIONNEMENT
DE L'URÈTHRE CONTRE NATURE.

Que va devenir l'urèthre contre nature qu'on vient de créer ?

Pendant les premiers jours, les premières semaines qui suivent l'opération, l'urine s'écoule à peu près constamment par le méat hypogastrique. Les douleurs ont disparu, avec le ténesme, les hématuries, s'il en existait auparavant. Certes, l'écoulement incessant de l'urine qui souille le malade est un grave inconvénient, mais, devant la suppression à peu près totale de ses douleurs terribles, il trouve encore son sort d'aujourd'hui préférable à celui d'autrefois.

Mais cet état peut s'améliorer beaucoup.

Dans un article paru dans le *Bulletin médical*, du 6 avril 1892 : « Fonction de l'urèthre contre nature après la cystostomie sus-pubienne », M. Poncet a envisagé les suites éloignées de son opération. Il parle des cystostomisés pour rétention d'urine d'origine prostatique, mais nous pouvons parfaitement appliquer à nos cystostomisés à nous les considérations intéressantes qu'il fait à ce sujet.

M. Diday, opéré le 23 décembre 1891 par M. Poncet, écrivait dans le *Lyon Médical* du 17 mars 1892 ces lignes très rassurantes pour nous :

« Dès le quarantième jour de l'opération, j'ai récu-

« péré le pouvoir non pas d'uriner à volonté, mais de
« retenir mon urine pendant un temps qui, selon ma
« nourriture, la quantité de boisson, mes occupations
« et préoccupations, la température ambiante, etc.,
« varie de une heure et demie à quatre heures et de-
« mie, et, ce qui m'est bien précieux, d'être averti
« du besoin d'uriner une demi-minute environ avant
« que l'urine ne coule. Trois mois après l'opération,
« la nouvelle fonction est encore plus parfaite. »

Le 22 mars, raconte M. Poncet, M. Diday est resté cinq heures et demie sans éprouver l'envie d'uriner et sans que dans ce laps de temps une goutte d'urine se soit échappée spontanément par le méat hypogastrique. Et d'abord, nous avons vu que la bouche vésicale était pratiquée le plus près possible du sommet de l'organe. Une certaine quantité d'urine peut donc s'accumuler dans le bas-fond vésical et permettre des intermittences à la sortie du liquide.

De plus, à la longue, il se forme une espèce de véritable canal que l'urine doit traverser avant de s'épancher au dehors.

Les fils à suture, comme nous l'avons expliqué, traversent dans la cystostomie la peau, l'aponévrose, le bord interne de chaque droit antérieur et enfin le bord vésical. De cette façon, on a une ouverture à bords plus ou moins épais, qui se constituera ultérieurement en un tunnel de longueur variable. D'un autre côté, il y a un peu de la rétraction dans la cicatrice, et les orifices cutané et vésical deviennent plus étroits; il y a avec les contractions de la vessie et sous l'influence de la pesanteur un peu d'abaisse-

ment de l'orifice interne du trajet. Tout cela contribue à la formation d'un véritable canal uréthral.

Les parois du canal sont en grande partie représentées par les bords des muscles droits, qui forment ainsi une boutonnière contractile, condition mécanique favorable pour une bonne occlusion.

Chez les épicystostomisés, l'urine au bout d'un certain temps peut être émise sous forme de jet d'une certaine force ; nous l'avons constaté chez plusieurs malades. Le malade, pour uriner ainsi, écarte avec ses doigts les bords du méat hypogastrique. Une précaution fort utile est, suivant le conseil de M. Diday, d'humecter l'orifice externe dont le contour sec, raccorni, opposerait, d'après lui, une assez grande difficulté pour la miction spontanée. Nous préférons chez les cystostomisés pour tuberculose vésicale qu'ils urinent avec une sonde introduite, chaque fois que le besoin s'en fait sentir, dans la vessie par le nouveau canal.

Abandonné à lui-même, cet urèthre contre nature finit par se fermer. Les souffrances apparaissent de nouveau. Il faut donc, comme nous l'indiquions au début de ce chapitre, le maintenir dans un calibre suffisant en y passant de temps à autre une sonde n° 16 ou 18 de la filière Charrière, de préférence métallique. Une sonde en métal pénètre plus facilement.

Pour maintenir au canal nouveau des dimensions suffisantes, il faut s'en occuper. Malheureusement, les opérés, dont nous donnons les observations à la fin de notre thèse, étaient des gens de la campagne ou de malheureux ouvriers qui, une fois sortis de

l'Hôtel-Dieu, malgré les conseils qu'on leur avait donnés, n'ont rien fait pour assurer le bon fonctionnement de leur nouvel urèthre, fonctionnement qui est le *sine qua non* de leur bien-être.

D'ailleurs, dans notre thèse, nous nous sommes préoccupé de la création d'un urèthre contre nature en tenant compte des cas probables dans lesquels, l'irritabilité vésicale devenant moindre, soit par le fait de la cystostomie, soit par suite de l'évolution des lésions, le malade pourrait conserver ses urines sans douleur pendant un certain temps.

Chez nos épicystostomisés, on ne s'est pas trop préoccupé de réclamer du canal artificiel une continence plus ou moins prolongée du réservoir urinaire; c'est qu'en effet, dans ces cas de tuberculose avancée, une quantité très faible d'urine retenue dans la vessie provoquait de vives douleurs, et il fallait rendre continu l'écoulement de l'urine.

Nous faisons suivre l'exposé du nouveau genre de traitement de la cystite tuberculeuse de quelques observations inédites.

La première est l'histoire d'un malade opéré à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne par notre excellent maître, M. le Dr Duchamp. Ce chirurgien pratique chez le malade la cystotomie sus-pubienne suivant le procédé du professeur Guyon. Amélioration très considérable. Pendant dix mois, l'urèthre hypogastrique persiste. Plus ou peu de douleurs. Le malade, heureux de son nouvel état, urinait parfaitement bien à intervalles variables par son nouveau méat. Sentant le besoin de la miction quelques instants

avant l'écoulement de l'urine, et laissant échapper par son urèthre naturel une quantité d'urine longtemps très minime, à la fin absolument nulle, il voit avec désespoir se fermer sa fistule. La plaie une fois cicatrisée, les douleurs réapparaissent, et le malheureux demande aujourd'hui à être opéré de nouveau.

Cette histoire nous paraît être celle de la plupart des opérés chez lesquels on pratique seulement l'épicystostomie.

Nous avons parcouru dans les divers recueils un assez grand nombre d'observations de taille suspubienne pour cystite tuberculeuse.

Mais l'histoire du malade s'arrête ordinairement fort peu de temps après l'opération, ou encore après l'occlusion de l'ouverture vésicale, que l'on n'a pas cherché à maintenir. Qu'est-il advenu dans la suite? Nous croyons fermement que, comme chez l'opéré de M. Duchamp, les envies fréquentes d'uriner, les douleurs dans la miction, le ténesme ont dû revenir au bout d'un temps plus ou moins long avec leur intensité redoutable d'autrefois.

Nos observations de cystostomisés ont été recueillies dans le service de M. le professeur Poncet.

Nous répéterons encore que le milieu social dans lequel étaient placés les malades et la gravité de la tuberculose vésicale au moment de l'intervention opératoire ont beaucoup influé sur les résultats éloignés de l'intervention. Nous croyons qu'on peut espérer de la cystostomie dans la cystite tuberculeuse mieux que ce qu'elle a donné jusqu'ici.

Il faut savoir ne pas trop attendre. De l'intervention hâtive peut dépendre un certain temps d'arrêt dans l'évolution de la tuberculose, en même temps qu'un fonctionnement meilleur de l'urèthre contre nature.

OBSERVATION I.

Cystite tuberculeuse. — Taille sus-pubienne. — Cessation absolue des douleurs. — Urèthre contre-nature ayant persisté dix mois durant. — Les douleurs réapparaissent avec la fermeture de la fistule hypogastrique.

M. Louis, né à Saint-Étienne, âgé de 30 ans, entre le 3 août 1888 à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, salle Saint-Jean, service de M. le Dr Duchamp.

Père âgé de 74 ans, bien portant.

Mère morte à 52 ans d'un cancer de l'utérus.

Deux frères et une sœur bien portants.

Une sœur, 34 ans, tuberculeuse, soignée à l'Hôtel-Dieu.

A l'âge de 6 ans, variole.

Pas d'affection de poitrine grave, pas de signes de scrofule jusqu'à 20 ans. Cependant, santé faible, bronchites les hivers. Habitant la campagne comme garçon de ferme.

A 20 ans, vient à Firminy, menuisier, dans un atelier de onze ouvriers. Vie malheureuse, salaire peu considérable, nourriture souvent insuffisante.

Pas de syphilis, pas de blennorrhagies. Boit chaque jour une assez grande quantité d'alcool.

L'année de son arrivée à Firminy, à la suite de fatigues physiques, hématurie assez abondante, accompagnée de douleurs dans la miction et d'envies fréquentes d'uriner. Ces hémorrhagies se prolongèrent plusieurs semaines. Au bout de deux mois environ, tout rentra dans l'ordre.

En 1884, pneumonie gauche. Durée, trois mois. Amaigrissement considérable, santé plus faible qu'auparavant.

En 1888, hématuries fréquentes toujours sans cause appréciable. Mictions fréquentes, très douloureuses. Urines troubles avec dépôt purulent.

Entre à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne.

Séjour de six mois salle Saint-Jean. Traitement médical : alcalins, lait, calmants sous toutes les formes.

En mai 1889, douleurs absolument intolérables que plusieurs piqûres de morphine par jour et des suppositoires belladonés n'arivent pas à calmer.

Devant ces symptômes douloureux, M. Duchamp se décide à pratiquer la cystotomie suivant le procédé du professeur Guyon.

Rien à signaler d'anormal dans l'opération.

Dès le lendemain, les douleurs ne sont plus comparables à celles que le malade éprouvait auparavant. Quelques jours plus tard, elles ont à peu près totalement disparu. On fait le siphonnage de la vessie avec deux tubes, pendant deux mois.

Au bout de deux mois, le malade s'est mis à uriner par son urèthre contre nature.

La quantité d'urine qu'il laissait échapper par son urèthre normal était de jour en jour moins considérable.

Le malade pouvait garder son urine pendant deux ou trois heures assez facilement. Il nous assure qu'un quart de minute environ avant la sortie du liquide par la plaie abdominale, il avait la sensation du besoin d'uriner. Jet assez puissant par l'ouverture.

Un an après l'opération, la fistule abdominale s'est obturée au désespoir du malade qui aurait voulu, nous affirme-t-il très fortement, garder son urèthre contre nature.

En ce moment, il est de nouveau dans une salle de l'Hôtel-Dieu. Parti chez lui, il est revenu ; les mictions sont redevenues très douloureuses et très fréquentes.

Les urines sont purulentes.

Peu de sang. L'hématurie se borne à l'expulsion de quelques gouttes de sang à la fin des mictions.

Calmants de nouveau : suppositoires et injections de morphine.

Nous proposons au malade une deuxième intervention qu'il accepte parfaitement.

Ses reins ne paraissent pas encore malades. Maigre, affaibli par les souffrances qu'il endure, il peut cependant

encore supporter une deuxième opération et en retirer de bons résultats.

Les poumons ne sont pas atteints. Dans l'épididyme, le cordon, le testicule, rien de particulier à signaler. La prostate est douloureuse et présente des noyaux indurés.

OBSERVATION II.

Cystite tuberculeuse. — Tuberculose testiculaire. — Mictions très fréquentes. — Cystostomie. — Cessation absolue des souffrances, qui ne se reproduisent pas jusqu'à la mort.

Jean Br..., 46 ans, cultivateur, né à Pavezin (Loire), demeurant à Malleval (Loire).

Entré le 17 février 1890 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Poncet, sorti le 30 mai 1890.

Père mort à 59 ans, tuberculeux.

Mère morte à 72 ans.

Neuf enfants, dont six vivants aujourd'hui, bien portants.

Un frère mort tuberculeux à 42 ans.

Un autre mort paralytique.

A l'âge de 22 ans, pendant le service militaire, le malade fut traité pour bronchite et tuberculose pulmonaire, mais ne fut pas réformé.

Pas de scrofule antérieure; seulement une maladie de peau mal précisée sur la partie latérale gauche du cou. Pas d'impaludisme.

A 28 ans, syphilis.

Pas d'alcoolisme.

Marié. Deux enfants depuis sept ans, bien portants.

Il y a trois ans et quatre mois, le malade fut pour la première fois gêné au moment de la miction; ses urines devinrent troubles avec dépôt.

Pas de blennorrhagie.

La miction se faisait lentement avec douleur.

Cette cystite a persisté à peu près dans les mêmes conditions, sauf peut-être un peu d'amélioration dans ces derniers temps.

La douleur dans l'intervalle des mictions s'accroissait facilement sous l'influence des mouvements brusques.

M. le Dr Eyraud, consulté, crut à de la lithiase urinaire, et c'est sur ses conseils que le malade vint à l'hôpital.

Il y a quatre mois, le malade reçut un coup sur son testicule droit, qui commença à grossir et à s'indurer. Quelque temps après, il y a quinze jours, le testicule gauche grossit à son tour, et c'est de ce testicule que le malade souffre le plus en ce moment.

L'hiver dernier, le malade raconte s'être levé pour uriner jusqu'à soixante fois par nuit

Aujourd'hui, il se lève encore trente fois environ, toutes les vingt minutes ou toutes les demi-heures.

Le testicule gauche est le siège d'un épanchement considérable dans sa vaginale et très sensible au toucher.

Le testicule droit, non sensible, présente une induration régulière sur laquelle on sent l'épididyme induré.

Le 26 février, une ponction est faite dans la vaginale du testicule gauche et procure au malade un notable soulagement.

2 avril. — L'amélioration ne se produisant pas, les douleurs restant très vives dans les mictions, M. Poncet se décide à pratiquer la cystostomie.

Anesthésie à l'éther.

Injection préalable dans la vessie de 200 grammes environ d'eau bouillie boricuée.

Parois abdominales épaisses, débridement des droits antérieurs de 4 à 5 millimètres au ras du pubis. Couche épaisse de graisse anté vésicale. On décolle le tissu cellulaire avec l'index de la main gauche recourbé en crochet, on voit le cul-de-sac péritonéal recouvert de graisse soulevé par l'intestin.

Incision de la vessie (10 à 15 millimètres); parois vésicales molles, friables.

A trois reprises, déchirure par les fils des bords de la vessie.

Huit points de suture métalliques sont méthodiquement appliqués, traversant chaque bord de la vessie et toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

Durée de l'opération : 20 minutes.

Le lendemain de l'opération, 4 avril, mouvement fébrile très intense; la température s'élève à 40°7.

Les jours suivants, elle décroît progressivement et le 10 avril, le malade a recouvré l'appétit et ses forces.

Les douleurs vésicales ont absolument disparu.

L'écoulement de l'urine se fait à peu près complètement par l'ouverture sus-pubienne; une très faible quantité s'échappe par l'urèthre naturel.

Le 1^{er} mai, l'état général du malade est excellent. Il n'arrive pas encore à garder pendant quelque temps son urine, qui coule constamment et le souille nuit et jour.

Un tampon de coton est appliqué constamment sur la bouche vésicale. Si la fistule est obturée entièrement, le malade ressent de nouvelles douleurs.

Il demande à sortir de l'Hôtel-Dieu.

Le 30 mai, il part pour la campagne.

Nous avons fait prendre des nouvelles de notre malade. Il est mort le 17 juillet 1890, trois mois et demi après l'opération. Nous n'avons pas eu de renseignements précis sur les derniers jours de l'opéré.

Ce que nous savons, c'est que l'urèthre contre nature ne s'est pas obturé, que les douleurs vésicales sont restées tolérables jusqu'à la mort.

Nous tenons à faire remarquer que pendant les quatre premiers jours qui ont suivi l'opération, la température s'est maintenue entre 39° et 40°, et durant les trois semaines que le malade a passé à l'Hôtel-Dieu, elle a oscillé le plus souvent entre 38° et 39°. Cette élévation constante de la température, ainsi du reste que la courbe que nous avons eue sous les yeux, témoignent pour nous des lésions du même ordre plus ou moins avancées du côté des reins.

Elle devait faire redouter le dénoûment, qui s'est produit trois mois après l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION III.

Cystite tuberculeuse. — Ténésme vésical. — Cystostomie.

Alexis M..., 26 ans, passementier, entré à l'Hôtel-Dieu le 8 mars 1890, sorti le 31 mai.

Antécédents héréditaires suspects. Antécédents personnels : scarlatine à 19 ans, tendance à s'enrhumer les hivers, tousse continuellement depuis quatre mois, jamais d'hémoptysies, sueurs nocturnes abondantes. A beaucoup maigri depuis quelque temps. Perte de l'appétit.

Il y a six ans, le malade a eu une blennorrhagie.

Au mois de février dernier, il lui a été tout d'un coup impossible d'uriner; quelques jours auparavant, il avait ressenti une démangeaison dans le canal.

Le cathétérisme a été nécessaire. Dans la suite, il a pu uriner tout seul, mais au prix de grandes souffrances.

Les mictions sont fréquentes (toutes les demi-heures), la nuit plus que le jour.

Les envies d'uriner sont très impérieuses; parfois surviennent des crises douloureuses qui empêchent tout sommeil.

Le 2 avril, M. Poncet pratique la cystostomie.

Anesthésie à l'éther.

Injection d'eau boriquée dans la vessie.

Incision cutanée. On constate un épaissement assez considérable du tissu cellulaire adipeux sous-cutané.

Pas d'incisions libératrices sur les droits. Parois vésicales encore épaisses et solides.

M. Poncet attire les bords de l'incision vésicale au dehors, place huit fils d'argent qui traversent de part en part la paroi vésicale à quelques millimètres des bords, sont menés à travers l'aponévrose, le bord interne de chaque droit antérieur, enfin le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.

Durée de l'opération : 10 minutes.

L'urine contenue dans la vessie est à peine purulente. Le doigt introduit dans l'ouverture perçoit quelques petites granulations.

M. Poncet ne pratique pas de lavages.

Le lendemain de l'opération, amélioration très notable dans l'état du malade.

L'urine s'écoule complètement par la nouvelle ouverture. Disparition à peu près complète des douleurs.

Le 31 mai 1890, l'opéré quitte l'Hôtel-Dieu. Très peu d'urine s'échappe par l'urèthre normal. Plus de douleurs.

Bon appétit. État général excellent.

Nous avons perdu de vue ce malade. Il nous a été impossible de le retrouver.

OBSERVATION IV.

Cystite tuberculeuse. — Rétrécissement uréthral. — Prostatite suppurée et écoulement de pus par l'urèthre. — Cystostomie.

Pierre J..., 39 ans, maçon à Lyon, salle Saint-Joseph, n° 23, Hôtel-Dieu (service de M. Poncet).

Père mort à 45 ans d'affection inconnue.

Mère morte à 30 ans d'un cancer du sein. Deux sœurs en bonne santé.

Glandes au cou dans l'enfance ; scarlatine à 17 ans.

Bronchite il y a huit ans ; jamais de crachats sanguinolents.

Deux blennorrhagies, l'une à 21 ans, l'autre à 22 ans.

Depuis treize ans, le malade a de la difficulté pour uriner ; au début, il ne ressentait pas de douleurs ; seulement le jet était petit, bifurqué ; il attribuait cette difficulté d'uriner à une chute à califourchon qu'il avait faite sur un morceau de bois.

Il y a huit ans, uréthrotomie externe pratiquée par M. Mollière ; le malade sortit au bout de deux mois urinant alors assez facilement sans sonde.

Trois ans après, il commença à ressentir en urinant des douleurs ressemblant à celles qu'il a actuellement, mais beaucoup moins fortes. Il vint à l'Hôtel-Dieu, où il prit des bains de siège pendant trois semaines, ce qui améliora beaucoup sa situation.

C'est depuis quatorze mois qu'il présente les douleurs pour lesquelles il entre actuellement à l'hôpital (15 mai 1891). Il a des envies très fréquentes d'uriner; les mictions ont lieu toutes les cinq minutes; les urines sont fréquemment sanguinolentes à la fin de la miction. De plus, depuis la même époque, le malade ressent des douleurs assez fortes à la partie inférieure du rectum; au toucher rectal, on sent le lobe gauche de la prostate un peu induré et douloureux.

Les urines déposent abondamment; le dépôt semble être formé de pus.

La sonde de Mercier ne révèle pas de calculs dans la vessie; on sent un rétrécissement au niveau de la région du bulbe.

L'état général du malade est encore assez bon; cependant depuis un an, il a maigri considérablement par suite des douleurs assez intenses qu'il endure.

On ne constate rien au poulmon.

Le 30 mai 1891, M. Poncet pratique sur le malade l'opération de la cystostomie.

On trouve une vessie petite, globuleuse, se sentant à peine avec le doigt au fond de l'excavation; pour la reconnaître, il faut introduire un cathéter.

A l'incision, il s'écoule trois quarts de verre d'urine purulente; les parois de la vessie sont épaissies; la muqueuse est rouge, carminée; la cavité de l'organe est très petite; au toucher, on sent des granulations comme des grains de semoule.

3 juin. — Le malade a eu pendant trois jours des douleurs à la région hypogastrique, ressemblant à des coliques; les douleurs ont bien diminué sous l'influence de l'extrait thébaïque, et aujourd'hui le malade éprouve une sensation de bien-être qu'il n'avait pas ressentie depuis très longtemps.

20 juin. — Depuis une dizaine de jours, douleurs lancinantes au niveau du rectum; parfois issue de quelques gouttes de pus par l'urèthre avec vives douleurs au niveau du méat; par le toucher rectal, on sent la prostate ramollie en un point très douloureux; la pression sur l'organe fait sourdre un peu de pus par l'urèthre.

Le malade urine encore un peu par la verge, mais la plaie

de la vessie n'est pas fermée, et paraît vouloir bien fonctionner.

11 septembre. — État général du malade excellent; douleurs vésicales très tolérables.

On envoie le malade à l'hospice Sainte-Eugénie.

Nous avons revu le malade, qui a repris son travail depuis quelques mois.

Après sa sortie de l'hospice Sainte-Eugénie, son état s'était sensiblement amélioré. Il pouvait garder son urine une heure, souvent davantage.

Nous rappelons qu'avant l'intervention, la miction avait lieu toutes les cinq minutes et occasionnait d'atroces douleurs.

Le malade, malgré les recommandations qui lui avaient été faites à sa sortie de l'Hôtel-Dieu, ne s'est guère occupé de son urèthre contre nature. Il nous raconte que parfois son ouverture se ferme, et qu'il recommence à souffrir. Il s'introduit alors une sonde dans le canal et évacue son urine.

Aujourd'hui (10 mai 1892), la santé du malade n'est pas trop ébranlée. La bouche vésicale n'est pas encore cicatrisée; elle n'est l'objet d'aucun soin de propreté.

L'urine s'écoule goutte à goutte, pendant le jour, sans occasionner des douleurs.

Malgré cette infirmité, contre la création de laquelle le malade se révolte parfois, le travail est possible. Il continue d'exercer la profession de maçon.

Pendant la nuit, la contention de l'urine se fait pendant un certain temps. Il avoue dormir des heures entières et être réveillé par le besoin de la miction.

Il se lève, et sans douleur, urine par son urèthre naturel et son urèthre contre nature tout à la fois.

OBSERVATION V.

Cystite tuberculeuse survenue dans le cours de tuberculoses locales multiples. — Ostéite tuberculeuse de l'os iliaque droit d'une ténacité désespérante, ayant nécessité à des intervalles plus ou moins éloignés douze interventions chirurgicales.

Cystostomie sus-pubienne pour cystalgie. — Mobilisation du rein gauche.

(Observation recueillie dans le service de M. Poncet, par MM. Durand et Dor, internes des hôpitaux.)

Philomène B..., 27 ans, ménagère, née à Grand-Croix (Loire), demeurant à Rive-de-Gier.

Le 28 mars 1892, elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 11, service de M. le professeur Poncet, pour des troubles vésicaux assez prononcés.

Antécédents héréditaires : Père cardiaque mort subitement ; mère bien portante.

Quatre frères ou sœurs en bonne santé, sans aucun attribut de tuberculose ; un frère et une sœur morts en très bas âge, l'un à 2 ou 4 mois, l'autre au moment de la dentition.

La malade ne connaît dans sa famille personne qui ait présenté des accidents tuberculeux.

Antécédents personnels :

Rien dans l'enfance.

Vers 10 ans, amygdalotomie double pour hypertrophie, affection commune dans sa famille.

Réglée à 15 ans, sans aucun trouble jusqu'à ce jour. Aucun trouble utérin, pas de pertes blanches.

Vers 23 ans, subitement elle éprouva dans le bassin une douleur très intense, pongitive, ne se produisant qu'à l'occasion des mouvements de la marche, et localisée à la partie postérieure et inférieure de la moitié droite du bassin. Elle fut visitée à ce moment par un médecin, qui fit le diagnostic de sciatique et la traita par des vésicatoires qui amenèrent chez elle des accidents urinaires passagers, paraissant avoir porté sur le rein plutôt que sur la vessie.

Quelques jours après, elle alla trouver M. Poncet, qui lui fit d'abord de l'ignipuncture, et la fit entrer à Saint-Paul où elle subit quinze opérations, dont douze ont porté sur le côté droit.

Actuellement, elle souffre encore de son bassin, et il persiste deux fistules du côté droit.

L'an dernier, au mois de mars, à Saint-Paul, elle éprouva les premiers symptômes de l'affection vésicale qui l'amène aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu, et qu'elle attribue aux cathétérismes qu'on dut lui faire après ses opérations.

Elle commença par avoir des envies fréquentes d'uriner, du ténesme, des douleurs vésicales profondes.

L'urine était trouble ; jamais elle ne fut hématique.

La malade ne se plaignit de ces troubles qu'au bout de trois mois environ ; elle fut alors soignée par des lavages boriqués et des balsamiques. Ce traitement amena une certaine amélioration.

Toutefois, quand elle quitta le service, en août 1891, elle souffrait encore beaucoup de sa vessie.

Depuis ce moment, elle a conservé les mêmes symptômes et a même vu s'exagérer les douleurs et le ténesme.

Ses besoins d'uriner sont de plus en plus fréquents et se produisent à intervalles très irréguliers, parfois toutes les cinq minutes, parfois toutes les demi-heures. Elle ne peut même pas donner le chiffre approximatif de ses mictions ; jamais elle ne reste plus d'une demi-heure sans uriner.

Elle a peu d'appétit ; la digestion est relativement bonne ; diarrhée assez abondante : deux selles par jour au minimum, quatre ou cinq au maximum.

Elle ne tousse pas, n'a pas de transpirations nocturnes ni d'hémoptysies.

Son état général a baissé beaucoup ces mois derniers ; elle a maigri dans de notables proportions et a perdu toutes ses forces. La marche même lui devient pénible.

Rien au cœur, rien aux poumons.

1^{er} avril. — Cystostomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. La malade est opérée sur le lit de Trendelenburg. On amène facilement la vessie ; elle est suturée à la paroi abdominale et incisée.

Il n'est pas possible de se rendre compte de visu de l'état de la muqueuse, à cause de l'étroitesse de l'ouverture. L'exploration digitale révèle un certain nombre de petites végétations sessiles, dont on enlève quelques-unes à la curette pour les soumettre à l'examen.

L'urine, examinée ce matin, est très trouble, purulente et laisse un dépôt épais.

2 avril. — Un petit caillot a obstrué l'ouverture abdominale, de sorte que l'urine ne s'écoule pas par la plaie. Il y a eu du ténesme et des besoins fréquents d'uriner comme avant l'opération. On enlève le caillot et on place dans l'ouverture un morceau de drain pour assurer l'écoulement.

5 avril. — La malade n'a plus aucun besoin d'uriner. Elle se rend parfaitement compte que cette disparition des douleurs est due à l'écoulement de l'urine par l'abdomen. Il arrive parfois, en effet, que le coton qui sert de pansement à la plaie en obture l'ouverture, et alors elle éprouve au niveau du col vésical des sensations douloureuses qui disparaissent dès qu'elle a enlevé le tampon obturateur.

Ablation du drain. Quelques douleurs périvésicales.

M. Dor pratique l'examen bactériologique des fongosités enlevées à la muqueuse de la vessie et constate la présence du bacille de Koch.

9 avril. — Les douleurs vésicales ont duré jusqu'à hier. On les a traitées par des applications de glace et des piqûres de morphine.

La malade a eu quelques nausées et un vomissement après l'absorption d'une purgation.

Plus de ténesme ni de besoins d'uriner. Léger érythème au pourtour de la plaie. État général excellent.

12 avril. — La malade se plaint de douleurs uréthrales qui semblent dues à une espèce de spasme. On opère la dilatation de l'urèthre sans anesthésie.

On laisse un drain passant par l'urèthre et la plaie abdominale, pour assurer le libre passage de l'urine.

14 avril. — Le drain a été enlevé hier matin, car la malade ne le supportait pas.

18 avril. — La malade n'a plus de ténesme; elle n'accuse plus que des douleurs péri vésicales qu'on calme par quelques piqûres de morphine.

Un lavage vésical à l'antipyrine n'a absolument rien donné.

24 avril. — Bon état général. La malade n'a plus de ténesme, ni de douleurs uréthrales. Les douleurs périvésicales ont persisté, mais bien amoindries. De temps en temps, on fait une piqûre de morphine à la malade.

La plaie est en excellent état.

1^{er} mai. — Rien d'anormal à signaler. La malade n'accuse pas de douleurs.

20 mai. — Depuis quinze jours environ, l'opérée souffre très vivement dans la région rénale gauche.

On soupçonne l'existence d'une néphrite tuberculeuse, et l'on endort la malade.

Incision de la néphrotomie para péritonéale. Le rein est un peu gros ; on le sort complètement de la plaie ; on le trouve presque sain, de sorte qu'on ne peut se décider à l'enlever.

On le réintroduit dans sa loge, et on fait un tamponnement de la plaie avec la gaze iodoformée.

1^{er} juin. — Depuis l'opération, la malade n'a plus éprouvé de douleurs dans la région rénale. Elle est très soulagée, et elle est convaincue qu'on lui a enlevé son rein.

Aujourd'hui, 12 juin, l'état local est chez notre malade aussi satisfaisant qu'on puisse le désirer. La cystostomie a donné ce qu'on pouvait attendre d'elle, c'est-à-dire une accalmie à peu près complète des douleurs vésicales.

De par son ostéite iliaque, la malade est condamnée au décubitus dorsal. Sous l'influence du séjour au lit prolongé, dans un milieu hospitalier dont les conditions hygiéniques sont si souvent désastreuses pour les tuberculeux, l'état général tend à devenir de plus en plus mauvais, et le pronostic de cette tuberculose osseuse et urinaire doit être extrêmement réservé.

Nous ferons suivre cette intéressante observation des remarques suivantes :

Les douleurs vésicales peuvent être symptomatiques d'une lésion des reins. Il est difficile dans une

cystite tuberculeuse de faire la part de ce qui, dans le phénomène douleur, peut revenir aux reins ou à la vessie.

Quelle que soit, du reste, la cause des souffrances, la cystostomie paraît avoir la même action efficace. C'est ainsi que chez notre dernière malade, la cystalgie disparut complètement deux à trois jours après la cystostomie et ne reparut pas malgré de violentes douleurs dont le rein gauche était le siège.

Ces souffrances étaient si vives que M. Poncet se proposa d'enlever le rein douloureux. Il pratiqua la laparotomie parapéritonéale et amena au jour le rein qu'il supposait malade. Les lésions apparentes faisaient défaut, et il se contenta, après l'avoir ainsi mobilisé et déplacé, de le refouler en son lieu et place. Ces manœuvres firent à peu près complètement disparaître les douleurs rénales se rattachant très probablement à de la pyélonéphrite profonde, mais alors que l'absence de lésions périphériques contre-indiquait la néphrectomie.

Le seul point que nous voulions alors retenir de cette observation, c'est que chez une cystostomisée, des douleurs rénales intolérables n'ont eu aucun retentissement sur la vessie.

CONCLUSIONS

La cystostomie sus-pubienne a pour but, comme son nom l'indique, l'établissement dans la région hypogastrique d'une ouverture permanente pour l'écoulement de l'urine.

Elle diffère de la cystotomie ou taille sus-pubienne, par certains côtés de son manuel opératoire et par le but à atteindre.

On se propose en effet la création d'un canal artificiel, d'un urèthre contre nature, tel qu'on peut l'obtenir chez des prostatiques dans l'opération de Poncet. (Voir thèse du D^r Bonan, *loc. cit.*)

Cette opération est avant tout une opération palliative. Elle a uniquement pour but, en effet, dans la grande majorité des cas, d'atténuer, de couper court aux souffrances atroces, aux envies incessantes d'uriner qu'éprouvent certains tuberculeux vésicaux.

Par le fait de l'écoulement continu de l'urine pendant un certain temps, elle condamne la vessie,

souvent d'une irritabilité extrême, à un repos qui ne peut être obtenu par d'autres moyens.

La douleur, les hémorrhagies répétées constituent donc les deux grandes indications de la taille vésicale, opération généralement acceptée et pratiquée un grand nombre de fois dans les cas de ce genre.

Par la cystostomie, avec suture des lèvres de la vessie aux bords de la paroi abdominale, on se met à l'abri de l'infiltration urineuse possible dans les premiers jours qui suivent l'opération. On assure en outre l'existence d'un canal artificiel qui, tapissé par la muqueuse vésicale, n'aura pas comme après la cystotomie ordinaire, la même tendance à s'oblitérer complètement.

On crée non pas seulement une soupape, mais un canal de sûreté qui plus tard, suivant l'aggravation ou l'amélioration de l'état local, doit permettre l'écoulement de l'urine d'une manière continue ou intermittente suivant la volonté du malade.

Pour maintenir à l'urèthre nouveau un calibre suffisant, il sera bon de le cathétériser deux à trois fois par jour avec une tige mousse en ivoire ou en métal.

La cystostomie sus-pubienne doit être préférée à d'autres interventions par la voie périnéale qui poursuivent le même but.

En dehors des avantages sur lesquels nous avons déjà insisté, elle permet l'exploration facile de la cavité vésicale et le traitement direct, s'il y a lieu, des lésions tuberculeuses.

Nous croyons qu'en thèse générale il faut dans la

cystite tuberculeuse s'en tenir seulement à la cystostomie. Dans les cas, en effet, où l'on pratique la taille sus-pubienne, les lésions vésicales sont anciennes, diffuses, elles s'étendent souvent à d'autres parties de l'arbre génito-urinaire.

C'est dans les lésions au début circonscrites qu'une intervention hâtive pourrait être efficace. Malheureusement, dans les observations que nous avons sous les yeux, l'intervention a été tardive.

De l'analyse des faits publiés, il ressort nettement que l'opération doit se contenter d'être palliative, en rendant continu l'écoulement de l'urine.

Chez la femme, la cystostomie nous paraît également préférable (Poncet) à la colpocystotomie.

D'après nos observations, il est vrai qu'il s'agissait de pauvres gens atteints de tuberculose génito-urinaire ancienne, l'opération n'aurait pas modifié l'évolution de la maladie; mais elle a, opinion que nous avons défendue dans notre thèse, calmé ou supprimé les souffrances atroces de certaines cystites tuberculeuses. Elle a rendu la vie supportable à des malheureux, tourmentés par des douleurs que rien ne pouvait calmer. A ce titre, elle constitue un bienfait que l'on doit connaître pour en faire bénéficier toute une catégorie de tuberculeux vésicaux.

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
A. GAYET

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :
LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

Nous empruntons à la thèse de notre ami, M. le D^r Bonan, les quatre dessins qui suivent, qui ont rapport au manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques et chez les tuberculeux vésicaux.

FIG. I. — Incision sus-pubienne de 6 à 8 centimètres. Un crochet pointu, piqué au fond de la cicatrice ombilicale et tiré en haut par la main d'un aide, tend la ligne blanche, qui devient très apparente. La pointe du bistouri ne risque pas de s'égarer dans l'épaisseur des droits.

FIG. II. — Incision des diverses couches : cutanée, adipeuse, aponevrotique, jusqu'à la paroi antérieure de la vessie.

FIG. III. — Incision de la paroi vésicale antérieure, qui est soulevée par deux anses de fils placés dans son épaisseur, à droite et à gauche.

FIG. IV. — Suture des bords de la vessie avec ceux de la paroi abdominale.

Fig. I



Fig. II

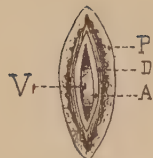


Fig. III

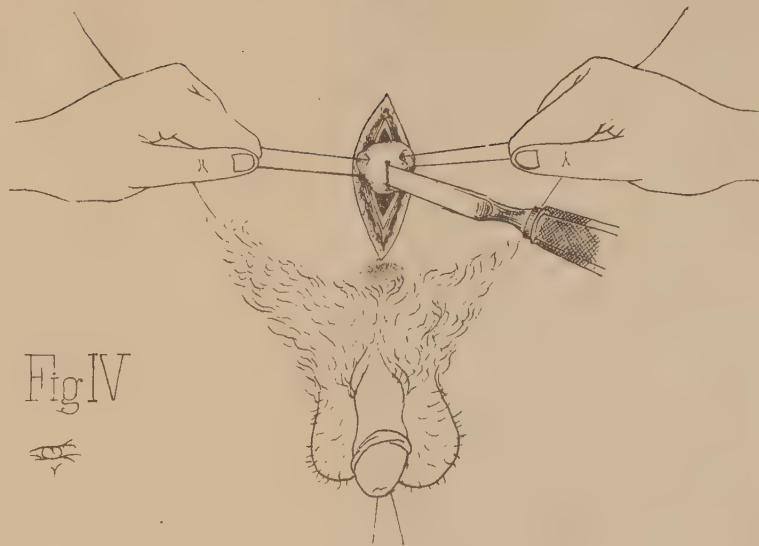


Fig. IV

